

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

10

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 novembre 1895, à 1 heure

PAR

Marcel CROUZET

Ancien externe des hôpitaux de Paris

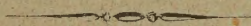
Ancien interne des hôpitaux d'Alger

NÉ A ROUTOT (EURE) LE 15 JUILLET 1870

LA FIÈVRE HYSTÉRIQUE

Président : M. MATHIAS DUVAL, *professeur.*

Juges : MM. { LE DENTU, *professeur.*
 { ROGER ET HARTMANN, *agrégés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

10
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 novembre 1895, à 1 heure

PAR

Marcel CROUZET

Ancien externe des hôpitaux de Paris

Ancien interne des hôpitaux d'Alger

NÉ A ROUTOT (EURE) LE 15 JUILLET 1870

LA FIÈVRE HYSTÉRIQUE

Président : M. MATHIAS DUVAL, *professeur.*

Juges : MM. { LE DENTU, *professeur.*
ROGER ET HARTMANN, *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY et PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	LETULLE.	RICARD.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ANDRE.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
BAR.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIÉRY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
BROCA.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHARRIN.	HEIM.	travaux anatomiques	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	REITTERER.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MA TANTE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR MATHIAS DUVAL

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553826_0021

AVANT-PROPOS

Au cours de notre année d'internat, à Alger, dans le service de M. le professeur Merz, il nous a été donné d'observer un cas de fièvre hystérique fort intéressant.

Ayant voulu étudier complètement cette question, nous avons constaté qu'il n'avait pas été publié de travail important sur cette affection, depuis une revue de M. Boulay, datant de 1890.

Depuis cette époque il a paru plusieurs observations intéressantes; nous avons alors eu l'idée de rechercher les cas de fièvre hystérique publiés dans ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger, et de les rapprocher les uns des autres, afin d'en mieux voir la symptomatologie. De là est né ce travail.

Mais avant d'entrer en matière, nous sommes heureux d'adresser tous nos remerciements et l'expression de notre profonde gratitude aux maîtres qui ont dirigé le cours de nos études.

M. le professeur Mathias Duval, n'a cessé depuis le commencement de nos études médicales, de nous prodiguer les marques de la plus grande bienveillance, et d'un intérêt quasi-paternel. Après nous avoir ouvert son laboratoire, il a toujours cherché à aplanir les difficultés que nous pouvions rencontrer.

Aujourd'hui encore il nous donne un dernier témoignage de bienveillance en acceptant la présidence de cette thèse.

Aussi gardons nous de son enseignement et de sa précieuse amitié, une reconnaissance que nous sommes heureux de lui témoigner publiquement.

M. le professeur Le Dentu nous a d'abord initié à l'étude de la clinique chirurgicale. Durant l'année d'externat que nous avons ensuite passé chez lui, nous avons pu apprécier son grand talent opératoire. Il a été en toute occasion pour nous un maître bienveillant, nous le prions d'accepter l'assurance de notre respectueux dévouement.

Des circonstances indépendantes de notre volonté, nous ont malheureusement empêché d'accomplir une année d'externat dans le service de notre maître, M. le D^r Faisans; c'est lui qui nous a inculqué les premiers éléments de médecine; plus tard, il n'a cessé de s'intéresser à nous, et de nous prodiguer ses affectueux conseils; nous sommes heureux de pouvoir le remercier publiquement.

Que M. le professeur agrégé Retterer veuille bien accepter nos remerciements pour les conseils qu'il n'a cessé de nous donner.

M. le professeur Gemy (d'Alger), nous a ouvert son service avec beaucoup d'amabilité. C'est sous sa direction que nous avons étudié la dermatologie. Nous avons pu apprécier toute la finesse de son diagnostic. Il a été en toute occasion, pour nous, un maître bienveillant. Nous prions ce savant dermatologiste d'accepter l'assurance de notre respectueux dévouement.

Nous avons été l'interne de M. le professeur Merz; c'est à lui que nous devons ce que nous savons dans l'art des accouchements. Nous le prions d'accepter l'assurance de notre profonde reconnaissance.

M. le D^r Labadie-Lagrave, s'est empressé, quand il eut connu le sujet de notre thèse, de mettre à notre disposition, avec son amabilité bien connue, une observation qu'il avait

recueilli à la Maternité. Nous le prions d'agréer l'expression de notre vive reconnaissance.

Qu'il nous soit enfin permis de remercier notre excellent ami M. Griner, interne des hôpitaux, pour ses bienveillants conseils.

CHAPITRE PREMIER.

Historique

Les anciens auteurs, Baillou, Rivière, Morgagni, Tissot, Robert-Whytt admettaient l'existence d'une fièvre hystérique, ou au moins d'une fièvre nerveuse.

C'est Pomme qui, le premier, soupçonna l'existence de la fièvre hystérique. Il la décrit dans son traité des maladies vaporeuses, sous le nom de fièvre spasmodique.

Il décrit d'abord le frisson hystérique. « Parmi les différents symptômes des affections vaporeuses, dit-il, on compte la sensation du froid et du chaud qu'éprouvent successivement toutes les parties du corps.

« La fièvre à laquelle les femmes vaporeuses sont quelquefois sujettes, sera du même caractère que celle que les médecins, appellent *non humorales*, c'est-à-dire celle qui n'est point produite par la présence d'une matière fébrile, mais par le seul vice des nerfs, lequel consiste dans un ébranlement général des fibres nerveuses, d'où s'ensuit une augmentation considérable de force dans le cœur, les artères et les veines. »

Pour Broussais et son école, l'existence d'une fièvre nerveuse n'était pas admissible, et il rattache naturellement à une inflammation gastro-intestinale, les accès fébriles qui peuvent se produire chez les gens atteints de maladies nerveuses, comme chez d'autres malades.

Choinel, Landouzy, Grisolle respectant une prétendue incompatibilité entre la fièvre et une névrose, l'attribuaient à une lésion organique concomitante.

Grisolle s'exprime ainsi (*Traité de Path. interne*, éd, de 1846) :

« Le pouls des hystériques est souvent accéléré — Quel-
« ques-unes ont des horripilations, des sensations de froid et
« de chaud, mais ce ne sont là que des perversions de la
« sensibilité. Les malades sont apyrétiques. On a dit qu'un
« mouvement fébrile pouvait éclater quelquefois et devenir
« continu et intermittent; sans nier absolument que la fièvre
« puisse naître sous l'influence des troubles du système ner-
« veux, convenons cependant que le fait est bien rare, si rare
« que lorsqu'il y a de la fièvre, on doit soupçonner que
« celle-ci est de cause symptomatique et en rechercher la
« cause organique. »

Beau admit l'existence d'une fausse fièvre typhoïde d'origine nerveuse.

Bezangon n'admit pas la fièvre hystérique et cependant on est étonné de trouver chez cet auteur l'observation d'une malade atteinte d'hystérie aiguë prise au début pour une myélite.

« Au bout de quelques jours, il survint de la céphalalgie,
« de l'anorexie et de la fièvre. »

Briquet rejeta l'opinion de Broussais; la fièvre nerveuse existe; l'état fébrile des hystériques existe.

« Dès que l'observation des faits, dit-il, a remplacé les
« idées spéculatives, il a été facile de constater qu'il exis-
« tait chez les hystériques un état fébrile, qui ne résul-
« tait pas, non seulement de l'existence de phlegmasies uté-
« rines, mais même de celle d'une altération matérielle des
« organes, appréciable à nos sens. — Sandras avait re-

« connu cette vérité, et il admt dans son ouvrage l'existence d'une fièvre nerveuse particulière. »

Gagey et Briant sont venus corroborer les idées de Briquet. Briant apporta deux observations personnelles, à l'appui de sa thèse.

L'existence de la fièvre hystérique paraissait indiscutable, quand H. Pinard vint, en 1883, mettre en doute l'existence de ces formes. — Il refuse toute valeur aux observations de Briquet, et généralement à toutes celles antérieures à l'usage du thermomètre, et met en doute l'existence de la fièvre hystérique à forme continue de Briquet. — Il concluait :

1°) Que la fièvre hystérique essentielle, à forme continue, décrite par Briquet, malgré les recherches de MM. Gagey et Briant, ne repose sur aucune observation concluante, et qu'il faut dès lors la considérer comme fort douteuse.

2°) La fièvre hystérique à forme courte créée de toutes pièces par Briant, ne repose que sur deux faits, dont le diagnostic est très discutable, et nous nions son existence.

3°) D'après nos observations, il existe chez les hystériques, un ensemble de phénomènes que nous comprenons sous le titre de pseudo-fièvre hystérique, puisqu'il n'y a aucune élévation thermométrique, et qui probablement a souvent fait croire à l'existence d'une fièvre réelle.

4°) Cette pseudo-fièvre revêt dans certains cas une forme continue, dans certains autres, une forme intermittente.

5°) Elle est surtout caractérisée par l'accélération temporaire des pulsations cardiaques, qu'il est intéressant de rapprocher de la tachycardie permanente du goitre exophtalmique.

6°) Le diagnostic est toujours possible par les antécédents et par la température qui reste normale.

L'existence de la fièvre hystérique était devenue tout à fait

problématique. En 1886, M. Du Castel, vint à la Société médicale des hôpitaux rapporter l'observation d'une femme que l'on croyait atteinte de cette manifestation, lorsqu'on découvrit, que guidée par un esprit de simulation, elle faisait monter la colonne mercurielle, en percutant avec le doigt, le réservoir du thermomètre.

En 1885, M. Debove apportait à la Société médicale des Hôpitaux un fait bien observé qu'il compléta en 1886, et qui ne laissait plus de doute sur l'existence de la fièvre hystérique.

Cette observation, donna à la question de la fièvre hystérique une nouvelle impulsion.

En 1886, observation de M. Barié.

En 1887, M. Deleuil à Montpellier, publie une thèse sur ce sujet, et reprend les conclusions de Briquet.

En 1888, trois thèses.

M. Macé résume les observations de MM. Boissard, Chantemesse, Dalché, Raynaud, tendant à établir l'existence de la forme pseudo-méningitique de la fièvre hystérique.

La même année, M. Chauveau, fait une étude complète, de toutes les formes étudiées jusqu'alors, et essaye d'établir la pathogénie de l'hyperthermie hystérique, en s'appuyant sur les travaux de Bichet, Sachs, Aronson et Girard, sur les centres thermogènes du cerveau.

M. Fabre, dans sa thèse inaugurale concluait ainsi :

1°) L'hyperthermie d'origine hystérique s'accompagne de phénomènes variés du côté des organes.

2°) Ces troubles fonctionnels, associés à la fièvre simulent plusieurs affections très graves, dont les plus fréquentes sont :

La fièvre intermittente.

La fièvre typhoïde.

La méningite

3°) Il faut ajouter à ces affections une dyspnée intense avec fièvre pouvant simuler une maladie grave du poumon.

4°) Pour le diagnostic de ces fausses affections, on se basera d'une façon générale, sur la connaissance des manifestations antérieures ou actuelles de l'hystérie ; sur la marche, toujours extrêmement irrégulière de la fièvre ; sur la disproportion paradoxale entre la fièvre et l'état général qui, malgré tout, reste toujours bon.

Depuis cette époque, les observations de fièvre hystérique sont devenues plus abondantes. — En Angleterre les cas de Mary Putnam Jacobi, Auffleck, Bressler; en France un travail de Estèves, dans la Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière ; enfin l'observation de MM. Hanot et Boix sont venus jeter un jour nouveau sur l'étiologie de cette bizarre affection.

En Italie, de nombreuses observations ont été publiées. Celles de Viziole et Santagelo-Spoto sont surtout intéressantes en ce qu'elles nous donnent un examen complet des échanges nutritifs.

En France, les deux principaux travaux sur la fièvre hystérique sont, une Revue générale de Boulay dans la *Gazette des Hôpitaux* (1890), et surtout un long chapitre, consacré à ce sujet, par M. Gilles de la Tourette dans son *Traité de l'hystérie*.

Ce dernier travail paru tout récemment, a bien fait ressortir l'importance de l'examen des urines, dans la fièvre hystérique et nous lui avons fait de larges emprunts.

CHAPITRE II

Classification

L'attention ayant été attirée sur la fièvre hystérique, il en a été publié un grand nombre de cas dans ces dernières années et chaque auteur à qui l'on doit une description de la fièvre hystérique s'est efforcé de démontrer l'exactitude de la division qu'il préconise.

Ainsi Briant a décrit trois formes :

1^o) Une forme lente décrite par Briquet.

2^o) Une forme courte généralement primitive, révélant les allures de la fièvre typhoïde.

3^o) Une forme intermittente.

Huchard, dans le traité des névroses d'Axenfeld a décrit à son tour trois formes de la fièvre hystérique :

Une forme lente,

Une forme aiguë,

Une forme périodique.

Fabrè, dans la dernière thèse qui ait paru sur ce sujet, admet :

1^o) Une forme lente } Rémittente
Intermittente

2^o) Une forme aiguë, en général de courte durée qui comprend par analogie les types cliniques suivants :

Forme typhoïde,

Forme pseudo-méningitique,

Forme dyspnéique.

En un mot, chaque auteur apportant un fait nouveau à l'étude de la fièvre hystérique, a cru devoir donner une nouvelle division.

Toutes ces divisions nous paraissent prématurées, car la description des types créés par tel ou tel auteur, ne repose souvent que sur un seul cas, et le nombre des faits n'est pas assez considérable, pour que l'on tente une classification d'après les seuls caractères de la courbe thermométrique, ou la marche de la température.

« Décrire à la fièvre hystérique, des formes lentes, courtes, continues, intermittentes, rémittentes, n'est-ce pas reconnaître qu'elle ne revêt pas de type particulier, puis que dans un même cas il est donné de voir la fièvre revêtir au début la forme lente, pour prendre ensuite la forme intermittente et plus tard la forme rémittente.

« Il semble plus logique de baser l'étude symptomatologique de la fièvre hystérique, non pas tant sur les caractères de cette fièvre elle-même, que sur les symptômes concomitants. Dans un premier groupe de faits, se rangent les cas où la fièvre est le principal, sinon l'unique symptôme ou elle évolue sans reproduire l'aspect d'aucun autre état pathologique. Dans un second groupe, beaucoup plus vaste, l'hyperthermie s'accompagne de phénomènes qui simulent de plus ou moins près une affection viscérale ; ce ne sont pas là les cas les moins embarrassants. Dans le premier cas l'élévation de la température, reste plus ou moins longtemps l'unique manifestation de l'hystérie ; dans le second il s'agit plutôt de phénomènes hystériques avec fièvre (Boulay). »

M. Gilles de la Tourette, dans l'ouvrage le plus récent qui ait paru sur la question, trouve, lui aussi, qu'il est prématuré de tenter une classification scientifique, dans l'état actuel de la science et propose la simple division suivante :

1° Les cas de *pseudo-fièvre hystérique* bien décrits par Pinard, et dans lesquels la température est normale ou ne s'élève pas au-dessus de 38°.

2° La *fièvre hystérique* proprement dite, élévation thermique coïncidant avec des manifestations hystériques,

3° La fièvre hystérique avec pseudo-affection viscérale.

Quant à nous, faisant abstraction des cas de pseudo-fièvre hystérique de Pinard, nous suivrons la classification fixée par M. Boulay, qui, si elle ne présente pas de caractère scientifique véritable, nous servira à exposer dans un certain ordre, des faits n'ayant souvent de commun entre eux que l'élévation de la température.

Nous allons reproduire intégralement les deux principaux cas, qui ont démontré l'existence de la fièvre hystérique ; les observations de Debove et Barié ; nous exposerons ensuite, les observations intéressantes que nous avons pu trouver dans la littérature médicale et qui sont postérieures à la dernière thèse parue sur ce sujet. — Enfin nous terminerons par les deux cas inédits qui sont la raison d'être de cette thèse, et qui serviront à démontrer, nous l'espérons, qu'une classification vraiment scientifique est encore prématurée : l'un de ces cas peut en effet être mis à la fois dans le cadre des fièvres hystériques essentielles, et dans la catégorie des fièvres pseudo-pulmonaires, le second est un cas de fièvre hystérique pure avec symptômes d'embarras gastriques prédominants.

CHAPITRE III

§ I. — Fièvre hystérique proprement dite

Les deux cas de Debove et de Barié peuvent servir de type à cette forme. Aussi les ferons-nous précéder des autres observations que nous avons pu recueillir sur ce sujet.

OBSERVATION I. — (DEBOVE. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 13 février 1885).

La malade dont je veux vous entretenir est une hystérique que je soigne d'une façon continue depuis 5 ans.

Elle est âgée de 24 ans, et a présenté à l'âge de 7 ans des signes de la maladie nerveuse dont elle est atteinte. Elle a eu toutes sortes d'accidents hystériques ; paralysies, contractures, grandes attaques, elle n'a pour ainsi dire pas de répit ; elle est tantôt en proie à un accident, tantôt à un autre, et réduite à la condition la plus misérable, par sa maladie qui ne respecte pour ainsi dire aucun appareil.

Je dois cependant noter qu'elle est très raisonnable, se rend parfaitement compte de sa situation, et qu'elle n'a jamais présenté de troubles graves de l'intelligence, excepté au moment de ses attaques.

Il y a 3 ans, elle fut prise d'un violent accès de fièvre caractérisée par les trois stades de frisson, de chaleur et de sueur et qui dura plusieurs heures.

Depuis cette époque, sa température a été prise régulièrement, presque jamais elle n'est descendue au-dessous de 38 pendant 2 ans ; et a des moments tout à fait irréguliers, une ou deux fois par semaine, sont survenus des accès simulant plus ou moins exactement des accès de fièvre intermittente, pendant lesquels la température montait à 39°, à 40°.

En présence d'une fièvre semblable, j'ai d'abord admis une intoxication paludéenne, puis une tuberculose.

Le diagnostic fièvre paludéenne paraissait justifié au début, par l'existence des trois stades de fièvre, et par ce fait que la malade avait séjourné précédemment en Italie dans un pays fiévreux. J'ai dû abandonner ce diagnostic, parce que le quinine n'a aucune influence sur la marche de la fièvre, parce que la rate n'a jamais été tuméfiée, parce que surtout, aujourd'hui encore après 3 ans de fièvre, non seulement nous ne constatons aucun signe de cachexie palustre, mais, bien au contraire, tous les signes au moins extérieurs, d'une santé florissante.

Le diagnostic de tuberculose latente pouvait être discuté dans le principe, il ne paraît plus discutable à l'heure présente ; en un mot, parmi les maladies actuellement décrites dans nos livres classiques, je n'en connais aucune qui puisse donner lieu à des accès de fièvre semblables, à une hyperthermie habituelle, et durer plusieurs années sans amener des désordres plus ou moins considérables de la nutrition.

A diverses reprises, j'ai pris moi-même la température et je puis affirmer qu'il n'y a aucune simulation, comme dans le fait publié par notre collègue et ami M. Du Castel.

Par exclusion, je suis arrivé au diagnostic de *fièvre hystérique*, et il me paraît bien difficile d'en formuler un autre ; mais, ce n'est pas tout, notre malade a eu un accès qui a duré beaucoup plus longtemps que les autres, il a duré quatorze jours. C'était au milieu de novembre ; sans cause appréciable, la température monta à 40° et oscilla pendant quatorze jours entre 40° et 41°. La peau était chaude, brûlante, la langue sale, la céphalalgie intense, la malade avait un peu de délire, mais un délire semblable à celui qu'elle a d'une façon passagère à la fin d'une crise hystérique. Elle continua à s'alimenter avec du lait (3 litres par jour) ; tourmentée par la soif, elle le prenait avec avidité. La constipation nous obligea à prescrire un purgatif et cela à deux reprises. La fréquence du pouls était proportionnelle à l'élévation de la température. Elle avait de 120 à 130 pulsations. En dehors des signes que j'énumère, je ne constatai pas de troubles dans aucun appareil. Je posai le diagnostic : fièvre hystérique ; mais ce diagnostic, un peu insolite, méritait confirmation. Je priai mon très honoré Maître, M. Millard, de vouloir bien voir la malade en consultation ; il la vit trois fois,

l'examina avec la plus grande intention et arriva au diagnostic où j'avais été amené, non seulement par cette circonstance qu'il était impossible de faire un autre diagnostic, mais aussi parce qu'on avait l'impression instinctive, sinon raisonnée que malgré l'élévation de la température, on n'avait pas affaire à une affection grave.

Au début, j'avais prescrit sans succès du sulfate de quinine ; le treizième jour, je donnai 5 grammes d'antipyrine, la température tomba presque subitement et la malade je ne dirai pas, entra en convalescence, mais fut guérie ; car en deux jours elle se trouva dans une situation très voisine de celle où elle se trouvait, deux mois auparavant.

Depuis la fièvre dont je viens de parler, l'état de la malade est satisfaisant, nous avons toujours une température de 38°, mais il y a eu un accès dans lequel la température est montée à 39°.

L'action de l'antipyrine a-t-elle été bien réellement la cause de la chute définitive de la fièvre ? Je l'ignore et me contente de signaler le fait.

M. Debove a continué à voir la malade. Toutes les semaines, on note de brusques ascensions de la température. Mais au mois de décembre 1885 et janvier 1886, s'est produit une élévation plus considérable encore.

Au commencement du mois novembre, notre malade présentait tous les jours matin et soir une température de 39°5. — Au mois de décembre, cette température s'élevait à 40° et atteignait 44° le 24 décembre, puis dépassait ce chiffre.

Cette fièvre hystérique a été remarquable par son type, par sa longue durée, par son intensité. La fièvre était à peu près le matin ce qu'elle était le soir ; il n'y avait pas d'exacerbation vespérale ; du moins elle était à peine sensible contrairement à ce qu'on observe dans la plupart des affections fébriles.

Ces accidents ont duré trois mois. Ils n'ont été accompagnés d'aucun trouble d'aucun appareil ; ni de l'appareil digestif (la malade a continué à se nourrir de lait, sa nourriture habituelle), ni d'aucun organe ; et tous les soirs vers 7 heures survenaient de grandes attaques de nerfs qui se prolongaient sans interruption jusque vers une heure du matin.

En dehors d'une sensation de vive chaleur, il n'y avait d'autre

souffrance qu'un sentiment continuel de brisement, de courbature de tous les membres.

Lorsque la guérison est survenue, elle a été pour ainsi dire, instantanée sans aucune convalescence. L'amaigrissement et la perte des forces étaient très peu prononcés si on les compare à ce que nous observons dans les diverses affections fébriles, et cependant pendant un mois, la température avait dépassé 41°.

Ceci tendrait à démontrer que l'hyperthermie n'est pas un aussi grand danger que bien des médecins le soutiennent et que si elle est redoutée dans les fièvres, c'est qu'elle n'existe pas seule, mais se produit chez des sujets, dont les poumons sont profondément altérés. Je sais bien que suivant l'habitude on nous objectera qu'il s'agit d'une fièvre hystérique, mais c'est justement pour cela que notre observation est plus intéressante, puisqu'elle porte sur une malade qui n'avait aucune lésion d'organe. Les viscères d'une hystérique ne doivent pas être plus résistants que les organes des autres malades.

OBSERVATION II. — BARIÉ. (*Soc. méd. des Hop.* 28 mai 1886).

Il s'agit d'une malade employée au service de l'hospice et présentant déjà depuis longtemps la plupart des manifestations de la grande hystérie : attaques convulsives fréquentes, paralysies passagères, troubles profonds de la sensibilité générale et spéciale, etc.

Un matin après une attaque convulsive des plus violentes, cette jeune femme fut frappée d'hémiplégie complète de la motilité et de la sensibilité occupant tout le côté gauche sauf la face ; et là dans l'espace d'une douzaine de jours elle, présenta plus de trente attaques ; on en compta jusqu'à sept dans la même journée.

Pendant plusieurs semaines, la malade resta dans cet état, passant quelquefois deux ou trois jours sans manger, sans uriner, et dans un état de mutisme complet. Elle paraissait ensuite sortir d'un rêve et pendant les journées suivantes, l'appétit et la parole revenaient. La sécrétion urinaire se montrait de nouveau, pour disparaître encore, le plus souvent après une nouvelle attaque.

Un grand nombre de médications furent mises en œuvre ; l'emploi des anti-spasmodiques les plus variés, l'enveloppement dans le drap mouillé, l'usage méthodique des aimants, tout fut impuissant devant cet état névropathique enraciné.

Je me bornais donc à une simple surveillance de la malade, lorsqu'un matin, après une attaque convulsive des plus violentes, à la suite de laquelle cette jeune femme était restée comme anéantie, je trouvai la peau chaude et sèche et le pouls fréquent. Je fis prendre la température axillaire, elle était de 39° et le pouls battait 98 pulsations. L'examen le plus minutieux ne permit pas de rapporter cet état fébrile à un état pathologique caractérisé et je remis au lendemain pour porter mon diagnostic. Or ce jour là, l'exploration physique resta aussi nulle que la veille, cependant il y avait encore de la fièvre, car le thermomètre accusait 38° 6 dans l'aisselle.

Pendant les deux jours qui suivirent il fut absolument impossible de placer un thermomètre chez la malade, en proie à une série d'attaques des plus violentes terminées le plus souvent par un hoquet interminable ou par de profonds sanglots.

Le 23 juillet cette jeune femme étant plus calme, je trouvai chez elle la peau sèche et brûlante et la température axillaire marquait 38° 8; or à partir de ce jour jusqu'au 11 août, c'est-à-dire pendant une période de 20 jours, elle ne cessa de présenter un état de fièvre permanent. Malgré la présence d'une infirmière qui ne quittait pas la malade durant tout le temps que le thermomètre était dans l'aisselle, je voulus me mettre à l'abri de toute supercherie; c'est pourquoi l'on prit toujours simultanément la température du creux de l'aisselle et celle du rectum.

Moi-même, à plusieurs reprises et après vérification des thermomètres, je mis ceux-ci en place et constatai l'élévation de la colonne mercurielle.

Nous pouvons donc affirmer que les chiffres indiqués dans le tableau ci-après ont été relevés avec la plus grande exactitude.

	<i>Matin</i>		<i>Soir</i>	
	T. A.	T. R.	T. A.	T. R.
23 juillet		39.4	38.8	39.4
24 —			40	
26 —	40	40.4	40	40.2
27 —	40.4	40.8	40.6	41.2
28 —	39.8	40	40	39.6
29 —	38.5	39	39.2	39.8
30 —	38.6	38.8	39	40.2
1 août	—	39	39	39.8
2 —	38.2	38.4	38.2	38.4

	<i>Matin</i>		<i>Soir</i>	
	T. A.	T. R.	T. A.	T. R.
3 août	37.8	39	38	38.6
4 —	—	—	39.4	39.8
5 —	40	40.6	40.2	41
6 —	—	40.8	—	—
7 —	40.2	41.2	39.4	40.8
8 —	39.8	41	40	40.8
9 —	—	—	39.2	40
10 —	37.8	38.4	38	39
11 —	—	39	—	—
12 —	36.8	37.4	—	37.4
13 —	37	37	37	37

En parcourant ce tableau on remarquera que pour certains jours l'état de la température n'est pas indiqué. Ces lacunes correspondent toutes à une crise nerveuse dont la violence ou la durée n'ont pas permis l'application du thermomètre. On remarquera encore que contrairement à ce qui s'est passé dans l'observation de M. Debove il existe des différences entre la température du matin et du soir ; celle-ci étant presque toujours restée supérieure à la première de plusieurs dixièmes de degré. A cinq reprises différentes cependant la fièvre du matin l'a emporté sur celle du soir ; de plus, sauf pour un seul jour où cette différence existait à la fois pour la température de l'aisselle et du rectum, cette variation de l'état fébrile n'a été notée que pour la température rectale, alors que dans l'aisselle la colonne de mercure continuait à s'élever davantage le soir que le matin ; il y a là une sorte de désaccord difficile à expliquer.

Malgré la persistance de la fièvre pendant trois semaines, la malade n'a présenté aucun trouble vers les grands appareils. La respiration est demeurée normale, sauf parfois une anhélation assez vive, qui survenait après les crises de nerfs ; les voies digestives elles-mêmes les plus intéressées dans tout état fébrile n'ont nullement été touchées ; la langue est restée humide et si la malade à différentes reprises passait quelques jours sans prendre de nourriture, c'était moins par suite d'un embarras gastrique que sous le coup de graves perturbations qui succédaient aux attaques convulsives. Celles-ci ne sauraient du moins en tant que facteur unique être regardées comme cause de cet état de fièvre permanent, car

durant les jours où cette femme était dans un état de repos absolu le thermomètre a pu remonter jusqu'au-delà de 40°, toutefois il m'a paru que les températures hyperpyrétiques survenaient de préférence après ces états convulsifs.

Après le vingtième jour de fièvre il s'est produit une véritable défervescence, à la façon de la pneumonie lobaire ou de l'érysipèle ; mais contrairement à ce qui se passe dans ces pyrexies, l'état de santé n'a subi aucune modification à ce moment ; il est resté ce qu'il était, ni meilleur ni pire que pendant la période de fièvre.

A différentes reprises la malade s'est trouvée dans une sorte d'état de mal, caractérisé par une série d'accès subintrants ; on aurait pu donc hésiter tout d'abord sur la nature de l'affection nerveuse et se demander si la patiente n'était pas une épileptique, chez laquelle cette succession d'accès enchevêtrés aurait fourni l'explication de l'élévation de la température ; mais les attaques présentées par la malade avaient au plus haut point le caractère hystérique : pas de cri initial, pas de perte de la connaissance, convulsions à type clonique, jamais de morsure à la langue ; enfin absence de coma à la fin de l'attaque qui était généralement accompagnée de sanglots profonds ou d'une sorte de hoquet très tenace. D'un autre côté, nous savons que l'hyperpyrexie de l'état de mal épileptique est d'un pronostic grave, et nous l'avons dit, dans le cas présent, l'état de santé est resté parfait jusqu'au bout. C'est encore en nous appuyant sur les caractères et la marche des phénomènes convulsifs que nous avons rejeté l'hypothèse de cet état fébrile que l'on désigne sous le nom d'hystéro-épilepsie ; d'ailleurs dans ce dernier cas et même quand l'état de mal se prolonge pendant un ou deux mois, ainsi qu'on en a rapporté quelques exemples, la température reste normale ou s'élève à peine de quelques dixièmes de degré.

Notre malade était bien une hystérique vraie et c'est bien à ce titre que j'ai cru devoir vous rapporter cette observation, dont l'interprétation présente de réelles difficultés.

Ces deux observations typiques ont été suivies d'un grand nombre d'autres. Nous ne citerons que les plus remarquables.

OBSERVATION III. — ESTEVES, (*Nouv. Icon. de la Salp.* 1892).

M. M. âgée de 17 ans, au tempéramment neuro-lymphatique est issue de parents névropathes. Chacun d'eux offre des bizarreries de caractère, qui les rangent dans cette grande famille qui embrasse dans ses ramifications de si variés exemplaires. Parmi ses oncles, il en est qui peuvent se classer parmi les faibles d'esprit ; l'un d'eux est intelligent, quoique d'un caractère original.

L'un de ses frères est un imbécile et l'autre l'est aussi, si nous nous en tenons à la classification de Morel, qui appelle faibles d'esprit les individus qui, présentant des facultés intellectuelles assez développées, manquent nonobstant de jugement, et ne savent pas se diriger dans la vie.

Elle a un tic à la paupière droite et un autre à l'épaule du même côté, qu'elle soulève à de courtes intermittences surtout lorsqu'elle parle.

Elle avait été élevée jusqu'alors comme une enfant et cette éducation s'harmonisait bien avec ses goûts, son caractère et son développement retardé.

Elle avait 17 ans et ses règles n'avaient pas paru encore, lorsqu'au mois d'août 1885, après quelques jours de malaise indéfini, des convulsions franchement hystériques, se produisirent donnant lieu plus tard à la succession des états qui permettent de qualifier sa névrose de grande hystérie.

A la fin du mois d'août les convulsions générales cessèrent et la contracture des membres supérieurs apparut alors. Dans cette situation la fièvre se présenta et la contracture des membres supérieurs disparut immédiatement sans que les convulsions revinssent ; le médecin traitant crut que cette fièvre s'expliquait par une légère rougeur qu'il observa au pharynx, mais la vérité est que son imagination exagéra l'importance de ce qu'il voyait par la crainte d'avoir contagionné la malade. Il avait assisté quelques jours auparavant un petit enfant atteint de diphthérie.

Cependant les journées s'écoulaient l'angine légère disparut ; tous les organes furent examinés sans qu'on put y trouver quelque chose qui expliquât l'hyperthermie.

L'unique symptôme qu'on observa pendant plus d'un mois et demi

fut la fièvre. La température oscillait entre 39° et 41° 2, sans que la quinine ni l'antipyrine fussent capable de la modifier d'une manière appréciable. Le délire apparaissait quand la température atteignait ou dépassait 40°, et il était de la même nature que celui de la dernière période des convulsions, elle voyait des hommes et leur parlait.

Quand la chaleur baissait, elle se rendait compte de ce qui l'entourait, et elle se renfermait dans un mutisme absolu. Durant toute cette période les vomissements furent continuels, de sorte que l'alimentation fut on ne peut plus imparfaite.

Peu de temps après l'apparition de la fièvre, on remarqua une éruption morbilieuse qui disparut bientôt sans aucun autre symptôme de rougeole. On trouva dans le lit de la malade une brosse au moyen de laquelle elle s'était probablement frictionnée, ce qui contribua peut-être à rendre l'éruption plus intense. Mais on ne saurait soutenir qu'elle en fût la cause unique, car nous verrons plus tard que sans l'intervention d'une pareille cause, il apparut, dans une autre attaque semblable à celle que j'ai décrite, des taches érythémateuses.

Je regrette de ne pouvoir entrer ici dans de plus amples détails, mais on ne releva pas d'observation détaillée et le cadre thermique lui-même est incomplet, puisqu'on y trouve que les températures de 14 jours. La température était prise 4 fois dans les 24 heures ; à 7 heures et à 11 heures du matin, à 5 heures et à 10 heures du soir.

Tout le temps que les températures se conservèrent élevées, les mouvements respiratoires étaient si lents et si superficiels qu'au premier coup d'œil on n'aurait pas soupçonné 40° de chaleur ; on avait grand peine à percevoir en auscultant, le murmure vésiculaire.

Elle garda le lit pendant trois mois dont un et demi ayant la fièvre ; l'alimentation avait été très imparfaite ainsi que nous l'avons dit, et cependant elle se leva conservant son embonpoint et sans que rien trahît dans son aspect qu'elle venait d'être malade. Le séjour à la campagne suffit pour dissiper les vomissements et les légères élévations thermiques qui existaient encore. Pendant trois jours elle vomit tout ce qu'elle mangeait ; tout disparut enfin et elle n'éprouva plus le moindre malaise.

Pendant trois ans cette personne ne ressentit que de légères incommodités. Au mois d'août 1888, et après 5 jours d'un malaise général elle fut obligée de s'aliter à cause d'une céphalalgie supra-orbitaire

et occipitale et de douleurs dans les membres ; point de garde-robes depuis 5 jours, grande prostration de forces et 38° 9.

Au lieu de prendre 30 centigrammes de calomel elle renforça la dose pour son propre compte et prit encore 60 grammes d'huile de ricin. L'effet ne se fit pas longtemps attendre, et les selles attinrent le nombre de 14 en moins de 8 heures ; les coliques étaient violentes. Les souffrances abdominales furent un peu calmées par le laudanum et les émollients, mais la céphalalgie était intense. Les symptômes prédominants pendant huit jours sur dix qu'elle garda le lit furent la fièvre et les douleurs abdominales. Depuis le 11 à 8 heures du matin jusqu'au 14 à 11 heures du matin elle n'urina point et la vessie resta vide. Pendant ces 73 heures les vomissements furent très fréquents. Depuis 9 heures du soir du 14 jusqu'au 15 à la même heure, on recueillit 330 grammes d'urines claires avec un dépôt muqueux. Celui-ci se composait de cellules épithéliales vaginales et vésicales en grand nombre ; le dosage de l'urée fut de 7 pour 100 de sorte qu'il s'en était excrété en 24 heures, 24 gr. 50. Dans les 24 heures suivantes il y eut 490 grammes d'urine avec 7,55 pour 100 d'urée, ce qui revient à 39° 80. Elle demeura tranquille après le bain, mais dans la soirée le ventre devint encore tympanique et douloureux et la température s'éleva comme la nuit précédente. La quinine ne produisant pas de modification dans la température, le traitement consista dans des bains tièdes et de la morphine pour calmer les douleurs. Les vomissements continuèrent et il y en eut même de teintés de sang.

Déjà, le 17, la température était arrivée à la normale ; la malade se trouvait bien, et elle ne se rendit pas compte de l'élévation de température de 1°, que le thermomètre révéla dans la soirée du 18.

La constipation continuait depuis le 9 qu'elle avait pris le purgatif jusqu'au 16, jour où elle expulsa après quatre clystères quelques matières fécales. On avait employés aussi les jours antérieurs des lavements qui furent retenus. La langue se conserva nette et un peu sèche.

Elle ressentit le 16 dans le côté gauche du corps, un frisson qui était tout à la fois subjectif et objectif. On notait facilement la différence de température entre le côté gauche et le côté droit. La malade est hémianesthésique gauche ; le pouls a eu une fréquence en rapport avec la température ; la respiration ne s'est pas comportée de même ; elle était superficielle et lente, on percevait difficilement à l'auscultation l'entrée de l'air.

Les différences qu'on observait dans l'état de la malade à certains moments de la journée étaient tellement remarquables qu'on aurait pu croire quelquefois que tout allait se terminer, et qu'il ne s'agissait que de troubles fonctionnels.

Le type de la fièvre a été le même que celui de l'année 1885, plus bref et moins élevé, ainsi qu'on pouvait le voir dans la courbe thermographique.

Il n'y avait pas un mois qu'elle était rétablie, lorsqu'elle éprouva de nouveau malaise, de la lassitude, de l'anorexie, qui l'obligèrent à garder le lit où elle resta le double du temps qu'au mois d'août. A la date du 9 octobre les symptômes culminants étaient les douleurs lombaires et la céphalalgie. La température s'élevait à 38° 7. Le jour suivant elle se réveille avec les mêmes symptômes qui se calment vers le milieu du jour, pour augmenter dans l'après-midi. La température qui était le matin de 38° 7, s'était élevée à 39° 7. Comme la température était haute et que la malade avait le délire, on lui donna un bain qui, au lieu d'être tiède, fut d'une température plus élevée que celle de la malade.

Quand elle en sortit, le visage était congestionné, le délire avait augmenté et la température s'élevait à 40° 5. La température n'était plus la matinée du jour suivant que de 38° 7, et elle oscilla entre ces degrés et 39° 7 jusqu'au 18.

Deux jours après son séjour au lit, elle se plaint de douleurs au gros orteil et au genou droit. La douleur persiste dans ces parties et atteint au quatrième jour l'épaule gauche, et successivement les coudes et les poignets des deux côtés. Les articulations atteintes ne changèrent point de coloration, ni de volume et les douleurs aiguës au point d'arracher des larmes se calmaient à certaines heures de la journée, et permettaient à la malade de changer de position et de converser gaiement. La fièvre persistait nonobstant, et vers le soir les douleurs s'exacerbaient et la chaleur augmentait.

Le 18, la température commença à décroître et la malade resta trois jours apyrétique; mais les douleurs continuaient ayant les mêmes caractères. La fièvre apparut de nouveau pour peu de jours et enfin le 29 octobre il se produit une ascension de 2°. La courbe descend ensuite brusquement et les douleurs disparaissent. Après que les douleurs articulaires des membres eurent disparu une douleur aiguë persista dans la colonne lombaire qui continua à l'incommoder quelques jours après son lever.

Étant déjà apyrétique, des taches congestives petites et de forme irrégulière apparurent aux bras et à la jambe gauche.

L'appareil digestif ne parut pas altéré, si nous exceptons, l'anorexie complète pendant tout le temps que persista l'attaque fébrile et douloureuse. La langue fut toujours nette et il n'y eut point de vomissements. Comme précédemment, le pouls et la température gardèrent le rapport général, à l'opposé de la respiration.

La quinine fut administrée de prime abord. Elle fut remplacée par l'antipyrine, dès que les douleurs articulaires apparurent. On dut la supprimer comme le salicylate de soude à cause de leur inutilité. Non seulement elles ne calmaient pas les douleurs, mais même elles n'agissaient pas sur la température. Les pressions exercées avec toute la main calmaient les douleurs, tous les topiques les augmentaient et un soulagement qui permit le sommeil ne fut obtenu que par la morphine et les bains tièdes. Au bout de 15 jours et vu l'inutilité des moyens employés, on recourut à la suggestion. Le thermocautère chauffé au rouge blanc et promené à une certaine distance des points douloureux, fut l'appareil dont on se servit pour agir sur l'imagination de la malade, à laquelle on assurait que la douleur avait disparu après chaque séance de passes de chaleur rayonnante, nom employé par le médecin traitant. La disparition, momentanée, à la suite des 2 ou 3 premières séances, devint dans la suite durable et la malade fut guérie.

OBSERVATION IV. — CLEMOW (*Soc. Clin. de Londres*),
25 nov. 1887).

*Hyperpyrexie hystérique chez une blanchisseuse
de 23 ans.*

Lors de son entrée à l'infirmierie royale d'Edimbourg, le 22 octobre 1883, la malade se plaignait de vertiges et de douleurs dans le côté gauche ; les jambes étaient couvertes de purpura. Le 29 novembre à la suite d'une frayeur, on nota chez cette jeune femme une température de 42°, et pendant la nuit suivante le thermomètre atteignit 44° pour descendre au bout de quelques heures à 37°.

Le 30 novembre, le thermomètre marquait à midi 43° 5. A 4 heures

de l'après-midi on trouvait 42° 5 dans l'aisselle droite et 38° dans la gauche.

A minuit, 37° à droite et 42° 5 à gauche.

Pendant les 4 premiers jours de décembre on nota des températures très élevées, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Le 30 novembre la malade avait eu une attaque tétaniforme. Le 1^{er} décembre, après une ~~crise de vomissements~~ et de céphalalgie, on observa des mouvements ~~rapides des paupières~~, du strabisme convergent et une réaction défectueuse à la pupille droite ; la compression du sommet de la tête était douloureuse et ~~produisait des spasmes~~ pseudo-tétaniques, pendant lesquels le cœur battait ~~très rapidement~~, pendant que le pouls devenait ~~presque~~ imperceptible.

Le 4 décembre, la différence de température entre les deux côtés du corps était perceptible avec la main. Du 4 au 13, la malade reste plongée dans un profond sommeil, interrompu par des accès de délire violent. On nota à ce moment une absence complète des réflexes profonds et superficiels, de l'anesthésie cutanée, de l'incontinence d'urine. La compression de la partie gauche de l'abdomen était suivie d'une attaque convulsive. Le 3 janvier, la température baissa en quelques minutes de 43° à 37°.

A partir de ce moment l'état de la malade s'améliora grandement et le 1^{er} avril elle quitte l'hôpital.

OBSERVATION V. — F. C. BRESSLER (*The New-York Med. Record*),
avril 1888}

Je désire appeler l'attention, dans la note suivante, sur une affection qui, aussi loin que j'aie pu remonter, n'est pas généralement décrite par les auteurs, mais dont j'ai déjà vu plusieurs cas. Je me hasarde à décrire cette affection sous le nom de *fièvre hystérique*.

Par *fièvre hystérique*, j'entends un état spécial du système nerveux survenant chez un névrosé, marqué par une température élevée qui peut durer de quelques heures à plusieurs jours et être accompagné dans sa durée, par un plus ou moins grand nombre de symptômes de nature hystérique.

Tout médecin, dans sa pratique du sexe féminin, a sans doute vu une cliente avoir de la fièvre durant deux ou trois heures et plus, et cela sous l'influence d'une cause banale quelconque ; en lui-même il

appelle peut-être cet état fièvre nerveuse, et n'y pense plus jusqu'au moment où le même cas se présentera chez une autre malade.

Pour moi, quand j'entends un médecin dire qu'il a soigné un grand nombre de fièvres typhoïdes, et qu'il n'en a perdu aucune, je ne doute pas qu'il ne se soit rencontré parmi elles, quelques cas de fièvre hystérique qui ont été étiquetés sous le nom de fièvre typhoïde avec symptômes hystériques prédominants. Le fait a quelque importance au point de vue des statistiques, et du résultat des différentes méthodes de traitement.

Après ces quelques mots d'explication nous allons parler des différentes phases de la fièvre hystérique autant du moins, qu'on a pu les observer.

Des échanges anatomiques nous ne savons rien. Elle dépend probablement des mêmes causes que l'hystérie en général, avec une action de plus qui « opère sur le centre thermique comme pour dé-
« truire son influence inhibitoire et permettre ainsi l'élévation de la
« température ».

L'histoire clinique est aussi variée que pour les diversés manifestations de la névrose.

Elle commence généralement par des symptômes simulant une légère fièvre intermittente, frissons, froid, perte d'appétit. Généralement constipation ; dans un cas cependant il y eut de la diarrhée pendant deux jours ; langue sale, mal à la tête d'intensité variable, malaise général, température élevée, face vultueuse, ou bien les pommettes seules sont très rouges ; les lèvres sont sèches et craquelées, les yeux sont clairs et brillants ; pas de stupeur, compréhension nette.

Généralement il y a hypéresthésie, à la fois pour les impressions cutanées et musculaires. Les sens spéciaux sont plus affinés. Pas de vrai délire (tout au moins dans mes cas), quelque grave que puisse paraître la fièvre.

Les malades sont assez irritables, de telle sorte que des bruits ordinaires peuvent les ennuyer considérablement, ce qui est souvent suivi de tremblements avec élévation marquée de la température.

L'appétit est souvent perverti ; les malades demandent des choses qui sont généralement contre-indiquées dans l'état fébrile ; le plus grand ennui du médecin est la grande irritabilité de l'estomac ; les choses les plus faciles à digérer en général causent souvent de violents maux d'estomac, qui d'ailleurs sont pour beaucoup sous la

dépendance des caprices de la malade. Une chose très importante, cependant, est le vomissement, qui est souvent si persistant que la glace ou n'importe quelle autre substance introduite dans la bouche peut le provoquer. Ce symptôme existait dans tous mes cas, et a continué en dépit de tout ce que j'ai pu faire pour l'arrêter. Par tant de ce fait, les malades refusent toute nourriture dans la crainte de vomir encore plus; souvent plusieurs jours se passent sans qu'une once de nourriture solide pénètre dans leur bouche, alors que l'eau et la glace sont demandées et tolérées.

L'abdomen est très sensible à la pression de sorte qu'il peut rarement supporter le poids des couvertures. Il y a souvent des borborrygmes. Cette sensibilité exagérée peut conduire au diagnostic de péritonite, si l'on ne prend quelque précaution; la fièvre hystérique se différencie de la péritonite, par le caractère changeant des souffrances, l'absence de tympanisme, variation de la température. Ajoutez à cela le syndrome hystérique et la douleur ovarienne, et le diagnostic différentiel se fera aisément.

Les crampes ou névralgie de l'intestin furent très marquées dans deux cas. Ces mêmes cas furent marqués par la persistance de la souffrance, la résistance à la médication; des doses énormes de morphine, ne procurant souvent aucun repos.

L'insomnie fut remarquable dans un cas, souvent la malade reste de 36 à 48 heures sans avoir plus d'une heure de sommeil.

Pas de changement important dans les organes de la respiration; l'asthme hystérique exista une fois à un léger degré.

Le pouls varie, augmentant généralement de fréquence, battant souvent 120 fois à la minute, tombant rarement au-dessous de 85. Cet état dépend beaucoup de ce qui se passe autour de la malade.

La température est tout à fait particulière. Elle varie de 38°3 à 40°5 au plus, et atteint ordinairement un très haut degré; dans un de mes cas, la température monta très haut le second jour. Cette température élevée peut durer de quelques jours à quelques semaines, et tomber soudainement presque à la normale, pour remonter aussi rapidement qu'elle était descendue.

Elle atteint son maximum le soir, tombant de 1° à 4° le matin — quelquefois c'est le contraire —; à un moment elle peut être de 37°2 et une heure plus tard marquer 40°5; un de mes malades eut une température vespérale de 39°4 avec rémissions matinales de 1 à 5° pendant 3 jours. Ce fait fit diagnostiquer une fièvre typhoïde, par moi

et par un confrère. La température de cette pseudo-fièvre typhoïde dura jusqu'à la troisième semaine de la maladie. Deux jours plus tard elle tombait à 37° 2 et remontait le lendemain à 40° 5, après une colère de la malade.

Ce fait montre la variabilité de la température dans ces cas. Aucun exercice mental ou musculaire ne peut causer un changement de température aussi marqué.

Un fait remarquable avec ces températures élevées, c'est le peu de diminution du poids du corps, comparé à ce qu'il serait au cours d'une maladie de durée et de température analogues.

La menstruation peut être interrompue; cette suppression exista pendant deux périodes chez une de mes malades.

La douleur ovarienne fut observée dans tous les cas, de telle sorte que la pression déterminait les douleurs caractéristiques.

Aucun symptôme remarquable du côté des urines (qui ne furent examinées, qu'au point de vue du sucre et de l'albumine).

A côté de ces symptômes, prépondérants, il en existe un grand nombre d'autres dont je ne parlerai pas à cause de leur peu d'importance.

La durée dépend de circonstances extérieures à la vie du malade et varie de quelques heures à plusieurs semaines. Souvent il y a un répit de quelques jours, ou vous croyez la malade guérie puis tout reprend.

Le pronostic, semblable à celui de l'hystérie est bon.

Le traitement est aussi le même que celui de la névrose, en y ajoutant des fébrifuges. Si la fièvre persiste, la malade pourra prendre de la nourriture en petite quantité cependant, et on traitera les différents symptômes au fur et à mesure qu'ils se produiront.

Dans la description que je viens de donner je ne pourrais dire si tous les cas présenteront la même marche que les miens, je ne puis dire non plus que j'ai remarqué un signe pathognomonique, j'affirme seulement que la fièvre hystérique existe.

OBSERVATION VI. — *Hysterica pyrexia*, AUFFLECK. (*Edimburg méd. Journal*, août 1892).

Dans une leçon clinique faite à l'infirmerie royale d'Edimbourg M. Auffleck a traité des oscillations thermométriques que l'on observe

chez les hystériques. D'après lui l'élévation thermique n'a pas la même importance chez les hystériques que chez les personnes atteintes d'une maladie organique, et cela quelle que soit la durée et le degré de cette élévation. En effet, la fièvre chez les hystériques ne s'accompagne pas des manifestations que l'on observe chez les fébricitants ordinaires.

Une femme âgée de 27 ans fut admise à l'hôpital le 8 décembre 1891. Elle se plaignait de céphalalgie, de douleurs gastriques, et de vomissement accompagnés parfois d'hématémèses. La malade était légèrement anémique mais ne paraissait pas très souffrante. Elle ne présentait aucune trace d'affection viscérale. La menstruation était irrégulière, les vomissements cessèrent après son entrée à l'hôpital, mais la température s'éleva et oscilla entre 39° et 39° 5, sans que l'on put expliquer ce phénomène. Le pouls était environ à 100, mais sa fréquence n'était pas en rapport avec les variations thermométriques. Cinq semaines plus tard, rien de particulier ne s'étant produit dans l'intervalle, la température monta subitement à 40° et le soir du 19 janvier à 40° 5. Elle retomba à 36° quelques heures plus tard, et la chute thermométrique fut suivie d'une éruption d'urticaire. Pendant tout le mois de janvier la température se maintint au-dessus de la normale. Le 16 février elle s'éleva à 41° 5 et *un peu plus tard à 44° 5*. Ces observations ont été soigneusement contrôlées au moyen de différents thermomètres ; la malade ne se plaignait que de frissons légers et d'une soif peu prononcée. La température tantôt plus élevée du côté droit, tantôt du côté gauche résista à tous les antipyrétiques ordinaires. Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, la santé générale de la malade s'est maintenue et son poids a augmenté de plusieurs livres.

M. Auffleck conclut de cette observation :

- 1°) Qu'il peut se présenter des élévations thermiques quotidiennes d'origine purement nerveuse, offrant les plus grandes analogies avec les manifestations fébriles d'une affection organique grave.
- 2°) Que l'examen attentif des variations du poids de l'urée permet de distinguer la pyrexie vraie d'avec la pyrexie dite hystérique.
- 3°) Que le diagnostic se trouve le plus souvent confirmé par d'autres manifestations nerveuses

OBSERVATION VII. — *Hystérical Pyrexia*. DRUMMOND, (*The Brit. Med. Journal*, 28 décembre 1888).

Dans une communication à la *Northumberland and Durham Society*, Drummond lit l'observation d'un cas de fièvre hystérique sans pseudo-localisation viscérale. Dans la courbe thermométrique qu'il donne, la plus haute température inscrite est de 42°2 d'un côté du corps, alors qu'au même moment, l'autre côté marquait 36°8.

Dans la discussion qui suivit cette communication, M. Philippon rappelle le cas où il a observé une température de 47°2, chez une hystérique. Enfin Teale a noté 50° centigrades.

OBSERVATION VIII. — MIERZEJEWSKI. — *Société psychiatrique de Saint-Petersbourg*, mai 1890. (Résumée in GILLES DE LA TOURETTE).

Dans une observation de Mierzejewski, la température présentait le type inverse, c'est-à-dire qu'elle était plus élevée le matin que le soir. A 4 heures et demie du matin, elle était de 38°5, à 8 heures du matin de 41°2; à 6 heures du soir, elle descendait à 32° pour s'élever à 41 heures et demie du soir à 35°. Un jour, elle monta à 33 pour retomber à 29°3. Le chiffre de 34°5 noté par Vizioli se trouve donc singulièrement abaissé, (voici l'observation de Vizioli résumée).

Raffaele Vizioli a noté une température de 44°5 et de 45° coexistant avec des attaques de léthargie ou survenant à la suite de celles-ci, mais, dit-il, la coexistence de l'apyrexie et quelquefois aussi d'une forte hypothermie descendant jusqu'à 34°5, n'était pas rare.

OBSERVATION IX. — LOMBROSO. (*Congrès de Rome*, 1894) (1).

On a noté :

1°) La persistance de la température élevée, (45° pendant plusieurs jours de suite).

2°) Diminution des résidus fixes (urée et phosphore principalement et l'inversion complète de la formule des phosphates).

(1) Nous n'avons trouvé que ce résumé dans la *Revue de Neurologie*, 15 mai 1894).

30) Inégalité de distribution de la température :

Bouche, 36°6,

Aisselle, 45°,

Rectum, 38°,

Membre supérieur, 38°,

Membre inférieur, 38°,

L'orateur croit qu'il s'agissait en propre de troubles de distribution de la température sous l'influence de l'hystérie.

Si nous voulons maintenant résumer les différentes observations que l'on vient de lire, rien qu'au point de vue des phénomènes généraux, nous allons trouver les symptômes les plus dissemblables.

FIÈVRE. — Il n'y a rien de plus varié et de plus variable que la courbe thermométrique de la fièvre hystérique. — La marche de la température défie toute régularité et toute comparaison entre sujets différents.

Dans l'observation de Debove, la fièvre était à peu près le matin ce qu'elle était le soir ; il n'y avait pas d'exacerbation vespérale, du moins elle était à peine sensible, contrairement à ce que l'on observe dans la plupart des affections fébriles.

Or, dans l'observation de Barié, il y a une notable différence entre la température du matin et celle du soir. Deux fois la température a présenté le type inverse, type si marqué dans le cas de Mierzejeswki, où le thermomètre enregistre une température plus haute le matin que le soir.

Le cas de Barié est encore intéressant à plus d'un titre. Il nous montre que si la température rectale suit souvent la température axillaire, il n'en est pas toujours ainsi et que température centrale et température périphérique peuvent être deux choses absolument indépendantes l'une de l'autre.

Ce fait ressort encore mieux dans l'observation de Lombroso, si curieuse par ses inégalités de distribution de la

température. De même l'observation de Clemow où les deux moitiés du corps ne présentent pas la même température ; ce fait, si paradoxal qu'il puisse paraître, doit néanmoins aujourd'hui être considéré comme très exact.

Les maxima et minima sont aussi fort remarquables — 50° centigrades dans le cas de Teale, 29° dans le cas de Mierzejewski.

Dans la plupart des observations on peut noter que la fièvre survient brusquement ; telle la malade de Barié qui le premier soir atteint 39°. Dans toutes on note que la défervescence se fait en quelques heures, il n'y a pour ainsi dire pas d'exception à la règle. Les observations de fièvre hystérique avec manifestations vésérales nous montreront le même phénomène.

PHÉNOMÈNES GÉNÉRAUX. — Ils n'offrent rien de constant. Peu accentués dans cette forme que nous venons d'étudier, ils pourront devenir beaucoup plus saillants, et c'est alors la prédominance de l'un d'eux qui nous servira à établir des divisions, ou plutôt à ranger nos observations.

Le pouls est loin de suivre la marche de la température. Il en est de même pour les sueurs. Il semble qu'il y ait alors une dissociation des éléments que l'on est habitué à voir constituer le complexus fébrile.

Il n'y a qu'un phénomène qui soit constant : l'absence d'amaigrissement noté dans toutes les observations.

Ce fait existe dans les cas de Debove, Barié, Fabre. — Nous le trouverons inscrit dans toutes les observations qu'il nous reste à parcourir, sauf dans une et il se trouvera que justement cette observation (Duvernet) n'a pas été décrite sous le nom de fièvre hystérique, mais sous celui de fièvre nerveuse avec hystérie concomitante.

Enfin si nous essayons de percer l'étiologie des cas que nous venons de passer en revue, nous trouvons un fait com-

mun : c'est toujours à la suite d'une émotion ou d'une contrariété que s'est développée la fièvre hystérique. De nouvelles contrariétés sont souvent suivies de poussées thermométriques aiguës. De même il y a souvent des crises convulsives, mais ces crises doivent être exonérées de l'influence qu'on pourrait leur prêter, sur l'élévation thermique :

« Il est en effet parfaitement démontré, après les recherches de Bourneville, que les attaques d'hystérie, à l'inverse des accès d'épilepsie ne s'accompagnent pas d'une élévation de la température centrale (Gilles de la Tourette).

De même Barié s'efforce de disculper les paroxysmes convulsifs dans la production de l'élévation thermique.

Il nous reste maintenant à étudier les cas de fièvre hystérique avec affection pseudo-viscérale. Dans ces cas, déjà fort intéressants par eux-mêmes, nous allons avoir à étudier un nouveau facteur : l'étude des échanges nutritifs.

II. Fièvre hystérique avec pseudo-affection viscérale.

a) **Pseudo-fièvre typhoïde.** — « C'est la fausse dothiériente de Beau. Entrevue par Bernutz, le premier cas probant est celui de M. Rigal publié dans la thèse de Briand (Boulay) ».

Depuis cette époque il en a été publié un certain nombre de cas ; ce sont par ordre chronologique ceux de Bertoye, Hanot et Boix, Duvernet.

OBSERVATION X. — BRIAND. Th. de Paris, 1877.

M. (Léon), domestique, 20 ans. Pas d'accidents hystériques antérieurs. Très peureuse. Le jeudi 11 février, passant au voisinage de la morgue avec sa maîtresse, cette dernière l'engagea à y entrer, l'assurant qu'il n'y avait pas de cadavre en ce moment. Mais dès qu'elle eut franchi la porte, elle en aperçut un. Saisie d'une terreur

folle, elle sortit en poussant des cris. Le surlendemain à midi elle eut un frisson intense, se sentit lourde et subitement perdit connaissance. Elle se remit bientôt de cet évanouissement et on la porta dans son lit où elle resta jusqu'au lundi 15 février ; le 16, elle entra à l'hôpital temporaire dans le service de M. Rigal et voici ce que l'on put observer.

Prostration considérable, aspect hébété, décubitus dorsal immobile, bouche à demi ouverte, la malade ne prête aucune attention à ce qui se passe autour d'elle.

La langue est sèche, recouverte d'un enduit jaunâtre ; réponses lentes, pénibles ; P. 120, petit, dépressible. T A 39°5.

Le 17. Ventre ballonné, fosse iliaque droite douloureuse, gargouillement, diarrhée. Bruits du cœur sourds et mal frappés, un peu de bronchite, céphalalgie frontale vive, exaspérée par la toux, douleurs rachialgiques. T A. 38°7.

M. Rigal trouve l'ensemble des symptômes caractéristiques d'une fièvre typhoïde et pronostique une forme adynamique rapidement mortelle. Il remarqua cependant que la température s'est élevée très vite (en 3 jours) pour une fièvre typhoïde. L'état de la malade n'avait pas permis d'avoir des renseignements.

Prescription. Purgatif léger, potion de Todd.

Le soir, 90 pulsations, T A. 38°2.

Le 18. T A 38°5. Rémission assez sensible de tous les symptômes. La face n'a plus son caractère adynamique, mais la malade à tous jours l'œil terne, immobile, contemplatif.

Le 19. T A. 37°6. Le soir 38°4. Rien à signaler du côté des autres symptômes, qui semblent toujours caractéristiques d'une fièvre typhoïde. La température diminue graduellement.

Le 22, T. 36°7.

En présence d'une défervescence aussi rapide et d'un amendement aussi subit, on se met à la recherche et voici ce que l'on trouve ; il existe dans la région du sein gauche des douleurs spontanées. La palpation décèle une hyperesthésie excessive de cet organe, ainsi que des régions sus-claviculaire et précordiale.

L'hyperesthésie existe dans tout le côté gauche du corps, quoique à un plus faible degré ; Anesthésie et analgésie de tout le côté droit. Des piqûres profondes sont insensibles et ne donnent aucune goutte de sang. Pas de point ovarique ; ventre douloureux ; cet état persiste pendant quelques jours.

Le 28. Douleur occupant le sommet de la tête, gravative et continue. La malade refuse tout aliment, elle a vomé fréquemment dans la nuit. L'hypéresthésie du côté gauche a complètement disparu, elle a fait place à une analgésie qui occupe maintenant tous les points du corps, la face et la langue.

La malade ne trouve aucun goût à ce qu'elle mange, ne sent absolument pas les odeurs.

2 mars. Anorexie et vomissements persistants.

Les 3, 4, et 5 la malade prend quelques aliments.

Le 10. Fonctions digestives normales. L'état analgésique est le même. L'anesthésie occupe la cavité buccale, la lèvre, la pharynx. On peut toucher l'épiglotte avec le doigt sans déterminer aucun réflexe.

Le 15, après un frisson léger, paraplégie subite avec contracture des deux jambes.

Le 18, légère incontinence d'urine, sensibilité musculaire compromise. La malade ne sent pas les courants électriques ; ils n'ont aucun effet sur les muscles contracturés.

Rien aux membres supérieurs.

Le 20. Epigastralgie intense. Les règles qui devaient venir le 5 n'ont pas encore paru. Anesthésie et paraplégie persistent ainsi qu'une légère incontinence d'urine.

Pas d'attaques convulsives.

OBSERVATION XI. — BERTOYE. Th. de Lyon, 1888. (*Résumée*).

Une malade atteinte de goître exophthalmique léger et présentant des signes d'hystérie non douteux attira en particulier l'attention par le caractère spécial des phénomènes fébriles qu'elle présentait. Couchée presque côte à côte avec les typhiques elle se mit à présenter tout à coup une fièvre à oscillations ascendantes ; une agitation extrême, des insomnies, de la céphalalgie, de l'anorexie, une diarrhée abondante.

Mon maître (J. Renaut) se crut autorisé à admettre un cas de contagion intérieure et institua à son égard le traitement de Brand. Si habitués que nous fussions à constater chaque jour les merveilleux résultats de cette méthode, nous ne pûmes nous empêcher d'être étonnés en voyant la fièvre céder à quelques bains et l'état de la malade redevenir très rapidement satisfaisant.

Le diagnostic de la complication à laquelle nous venions d'assister fut donc réservé. C'était avec raison. Un mois après, puis à plusieurs reprises, au bout d'un intervalle de temps sensiblement égal, les mêmes phénomènes se produisirent, présentant la même évolution.

Il est à noter que la malade, outre des symptômes de goitre exophthalmique évident présentait des signes d'hystérie qui paraissaient remonter à une époque antérieure à l'apparition du goitre.

OBSERVATION XII. — HANOT et BOIX. *Soc. Méd. des Hôp.*
Avril 1893.

La nommée R..., (Antoinette), âgée de vingt et un ans, canneuse, entre le 6 décembre 1892, dans le service du docteur Hanot, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Grisolle.

Ses parents vivent encore. Au dire de la malade, son père n'était pas buveur, sa mère n'a jamais été nerveuse. Elle a cinq frères ou sœurs tous bien portants. L'un de ses frères a pissé au lit jusqu'à l'âge de quatorze ans. Une cousine du côté de la mère a dix-sept ans et pisse encore au lit.

Quant à la malade, elle a eu la rougeole et la petite vérole. Elle a été réglée à 15 ans toujours régulièrement. Mariée, elle a eu deux enfants, morts en bas âge. Pas de scrofule, pas de syphilis. Elle n'a pas eu de crises de nerfs ; cependant elle a souvent des colères brusques. Son facies est celui d'une dégénérée, le front est bas, les sourcils abaissés, l'œil enfoncé et sournois ; la fente palpébrale allongée est oblique de haut en bas et de dehors en dedans ; la mâchoire inférieure est petite, rectiligne, un peu fœtale ; la voûte palatine présente une ogive assez prononcée ; les oreilles sont suffisamment ourlées mais les lobules sont adhérents, bien que des boucles d'oreilles portées en permanence les aient un peu allongés.

Cette femme vit en assez mauvaise intelligence avec ses voisines qui l'accusèrent en juillet dernier, de s'être fait avorter et la dénoncèrent au commissaire de police. Cet incident a son importance, car il jouera un rôle au cours de la maladie présente.

Dans le courant de novembre, son mari, son frère, âgé de 19 ans sa sœur âgée de 7 ans, ont en même temps la fièvre typhoïde, elle les soigne chez elle quelque temps, puis son mari entre à Laribo-

sière. Vers la fin de novembre elle va le voir et le trouve très mal ; elle est vivement impressionnée, pleure, sort très émue ; dans la rue elle a des vertiges, elle saigne du nez abondamment, elle rentre chez elle très fatiguée, courbaturée, avec de la fièvre ; elle se couche et ne s'est pas relevée depuis. Pendant une huitaine de jours anorexie, céphalée quelquefois violente, fièvre ; pas d'autres épistaxis. Un médecin appelé diagnostique une fièvre typhoïde et la fait transporter à l'hôpital.

Examen du 6 décembre 1892. — Pas de prostration, langue blanche, sèche au milieu et rouge sur les bords ; pas de nausées, pas de vomissements. Anorexie, constipation opiniâtre depuis huit jours. Ventre ballonné douloureux à la pression ; pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite. Insomnie, agitation T. 38° 6. Pouls lent, 60 pulsations par minute. Respiration, 25 par minute.

L'auscultation du cœur est normale à tous les points de vue. La malade se plaint de palpitations.

Les poumons sont absolument sains. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La région splénique est douloureuse bien qu'on n'y constate pas de matité exagérée.

Les urines sont abondantes, claires, non fébriles. Le 7 décembre. On prescrit un purgatif. La malade veut partir, déclarant qu'elle est bien portante ; elle réclame à manger, se lève et reste toute la journée de fort mauvaise humeur ; elle est très brusque dans ses mouvements et dans ses paroles. La température reste à 38° 5.

Le 8 décembre. La diarrhée persiste depuis la purgation. Benzonaphtol, bismuth. T. 39° 1 et 39° 5. Râles sous-crépitaux aux deux bases pulmonaires, même état de la langue.

Le 10 décembre. Même état de la langue, diarrhée persistante. Les râles sous-crépitaux ont subitement disparu.

Vers le 16 décembre, cessation brusque de la diarrhée. Jusqu'au 23 décembre la température va en baissant progressivement sauf deux exacerbations brusques et isolées de 38° 8 et 38° 2 les 19 et 21. Le 23 elle descend au-dessous de 39° : apparition d'herpès labial.

Le 24 décembre, ascension brusque à 38° 7, la malade est très fatiguée, ses règles paraissent très abondantes. Nausées, courbature. Douleurs abdominales. La malade a mangé dans la nuit trois tablettes de chocolat. Pas de diarrhée.

Du 24 décembre au 16 janvier la courbe thermométrique oscille

très irrégulièrement de 36°5 à 38°4. L'état général est bon, on donne à manger à la malade des potages et des œufs.

Dans cette période se place un événement important. Le 5 janvier, à 6 heures du matin, la malade éprouve des fourmillements qui montent comme une sorte d'aura, le long du bras et gagnent la poitrine derrière le sternum ; aussitôt sentiment de constriction thoracique, étouffement, puis mouvements toniques des extrémités, mains convulsées en pronation forcée, ébauche d'arc de cercle. Le tout dure environ un quart d'heure. La température était à 37° le matin, elle monte brusquement le soir à 38° 4, pour redescendre le lendemain à 36°5 et rester aux environs de 37° les deux jours suivants.

Du 16 au 26 janvier le thermomètre se tient au-dessous de 37°.

Le 26 janvier la malade reçoit une assignation à comparaître devant le juge d'instruction sous l'inculpation d'avortement provoqué et d'infanticide. Une seconde attaque d'hystérie a lieu, plus forte et plus longue que la première. A partir de ce jour, la température remonte progressivement et atteint 39° le soir du 29 janvier. En même temps le ventre se ballonne, la diarrhée reparait ; la malade est légèrement prostrée et se plaint de céphalgie ; on constate même quelques jours après des râles sibilants et sonores dans toute la poitrine.

La température subit des ascensions bizarres et inexplicables, alternant très irrégulièrement avec des chutes brusques. Sur la courbe, cependant se dessine nettement du 26 janvier au 10 février, une période fébrile à trois stades, ascension, état, descente, qui bien que singulière se rapproche du schéma graphique d'une rechute dans la dothiéntérie. Des chiffres subitement très élevés 40°4 par exemple, après 37°8 avaient fait soupçonner l'existence d'une tuberculose pulmonaire généralisée, la poitrine étant à ce moment, pleine de râles, la malade toussant, crachant, se plaignant d'étouffer constamment et réclamant des ventouses.

La recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats d'ailleurs purement muqueux, donna un résultat négatif ; les préparations ne contenaient que quelques courts filaments de leptothrix et quelques rares staphylocoques sans caractères spéciaux, venus vraisemblablement de la bouche. Pendant toute cette période, les urines ont toujours été abondantes, claires, non fébriles.

Deux jours après le 3 février, on constate avec étonnement que

tout râle a disparu, l'auscultation de la poitrine est absolument normale.

Le 7 février chute brusque de 2 degrés et demi ; les jours suivants, encore un peu de fièvre. Enfin à partir du 14 février la température reste au-dessous de 37°.

Le 19 février, un dimanche, la malade a demandé à sortir. Nous savions qu'elle serait amenée directement de l'hôpital au dépôt, et ne la jugeant pas suffisamment remise pour mener la vie des détenus, nous refusons sa sortie. Elle en est vivement contrariée et a une troisième attaque hystérique, moins forte et moins longue que la seconde, mais bien caractérisée : le lendemain matin la température était remontée au-dessus de 37°.

Le 23 au soir nous expliquons à la malade qu'elle ne sortira de l'hôpital que pour être immédiatement conduite chez le juge d'instruction. Cette révélation lui est fort pénible, cependant elle n'a pas d'attaque. Mais le matin du 24, la température est à 38°. Le soir et les deux jours suivants, elle retombe aux environs de 37°.

La malade sort le 26 février et est conduite au dépôt.

Le traitement a consisté en purgatifs, naphtol, ventouses sèches, antipyrine et sulfate de quinine qui n'ont point semblé modifier la courbe thermique.

L'analyse des urines faites seulement le 16 février à une époque où la température était redevenue normale a donné les résultats suivants :

Acide phosphorique alcalin	1.872	} par litre
Acide phosphorique terreux	1.254	
Acide phosphorique	3.126	

MM. Hanot et Boix ont fait suivre cette observation des faits suivants :

L'un de nous a connu en dehors du cas observé dans son service, trois malades atteintes de fièvre nerveuse.

Chez une jeune femme auprès de qui il avait été appelé par le docteur Boyer, on crut d'abord à une fièvre typhoïde. La fièvre se prolongeait depuis plus de deux mois, lorsque la malade présenta les symptômes hystériques les plus accentués : attitudes passionnelles, catalepsie, etc. La fièvre commença à diminuer et disparut. Elle avait duré un peu plus de trois mois.

Un an après, cette femme était prise de physométrie et cette fausse grossesse qui embarrassa beaucoup accoucheurs et chirurgiens, disparut un jour tout à coup.

La seconde malade qu'il voyait avec le docteur Merklen, et qui fut examinée aussi par les professeurs Charcot, Dieulafoy, Potain, venait de perdre sa sœur de bacillose aiguë. On crut d'abord à la même maladie, puis à une angiochalilie aiguë, puis à une fièvre intermittente. Au bout de deux mois et demi environ, on s'arrêta par exclusion au diagnostic de fièvre nerveuse ; la malade fut envoyée à la campagne et la fièvre disparut rapidement.

Les choses se passèrent à peu près de la même façon chez une troisième malade qu'il a observée avec les docteurs Merklen et Maranger.

OBSERVATION XIII. — DUVERNET, (*France médicale*, 12 avril 1895).
Observation de « Fièvre nerveuse ».

Mlle X..., 58 ans, habitant Paris, d'une belle constitution est sans antécédents morbides sérieux sauf une pleurésie d'ancienne date. Intelligente, calme, réfléchie, elle avait toujours été exempte d'accidents nerveux et malgré une recherche attentive on ne découvre chez elle aucun des stigmates de l'hystérie.

Traitée d'une tumeur lacrymale par la dilatation du 7 avril au 9 mai 1891, elle a subi seize séances opératoires, sans que le système nerveux ait paru être influencé d'une façon particulière.

Le 12 mai, elle écrit qu'elle ressent un malaise général ; le 17 on constate une fièvre modérée avec langue à peine saburrale et intégrité des organes. La malade accuse une forte courbature, de la constipation, de l'inappétence, une vive céphalée frontale et de l'insomnie. Cet état se maintient pendant un mois sans aggravation notable et sans nouveau symptôme, si ce n'est qu'au troisième septenaire, la diarrhée s'établit avec coliques.

Mlle X., très peu alitée, continuait ses occupations habituelles, sa correspondance épistolaire, lorsque le 15 juin, le soir vers 10 heures, survint brusquement une fièvre intense accompagnée d'une grande agitation, d'un état nerveux inexpliqué.

A partir de ce jour, on note que le pouls a 80 ou a 90 le matin s'accélère vers les 7 heures du soir et monte rapidement à 120, régulier, petit, sec, résistant. Ces exacerbations fébriles débutent par un

frisson suivi d'une chaleur sèche pendant environ quatre heures et se terminent dans la nuit par une sueur abondante et prolongée. La détente commence vers minuit sans amener le sommeil ; à la diarrrhée s'était joint un tympanisme abdominal très prononcé.

La température axillaire prise le 21 juin pour la première fois avec précision, a été depuis relevée plusieurs fois chaque jour, sans discontinuité, avec des précautions et un contrôle excluant toute idée de supercherie, toute inexactitude. Elle est ce jour-là entre 10 heures et minuit de 40° 6, le lendemain matin de 37° 7. Les jours suivants, le maximum vespéral n'est plus que de 39° 5 et bientôt 38° 5, celui du matin restant à 38°, et 37° 5.

A la date du 6 juillet, l'agitation du soir avait disparu progressivement, les urines moins rares et moins foncées que précédemment, se montraient cependant comme elles l'ont toujours été fébriles et diminuées de quantité. Le diagnostic jusque-là très indécis, hésitait encore entre une fièvre de nature nerveuse et une dothiérientérie qui, mal suivie, aurait été mal observée pendant sa période d'état, et qui enfin entraînait en voie de convalescence.

Mais le lendemain la fièvre s'accroît de nouveau ; de 37° 6 à 8 heures du matin, le thermomètre monte brusquement à 41°, le soir vers 10 heures, et cette rapidité d'ascension thermique a été un fait constant, régulier, à une heure près, dans le cours de la maladie. Un symptôme déjà remarqué est devenu permanent ; les avant-bras sont le siège de petits mouvements rapides, saccadés, qui agitent les tendons des fléchisseurs et produisent aussi des secousses de pronation.

A ce moment, deux mois après le début de la fièvre, la malade a maigri, mais lentement et modérément. Elle présente des symptômes suivants qui ont persisté fort longtemps : Pouls à 90 le matin 120 et 130 le soir. Température matinale, 38° 5, vespérale 41 entre 10 heures et minuit. Au calme relatif du matin et de la journée, succède chaque soir une excitation excessive, se traduisant d'abord par de l'anxiété, des changements de position ; puis par des troubles psychiques, des enfantillages, dénotant un vrai délire maniaque ; enfin dans le paroxysme fébrile par des actes plus violents sans être agressifs, inconscients aussi, une locomotion impulsive sans but déterminé. L'intensité de ces désordres nerveux a toujours été en rapport avec celle de l'hyperthermie. Dans la matinée, la malade se plaignait, avec une grande lucidité, de la per-

sistance de la fièvre, de la céphalalgie, de l'insomnie ; elle demandait à être délivrée d'une hallucination visuelle qui l'obsédait chaque nuit, toujours la même et lugubre dont elle reconnaissait d'ailleurs parfaitement l'inanité.

En résumé, fièvre, délire, soubresauts des tendons, urines rares et fébriles, diarrhée modérée, gargouillement mal limité, ballonnement du ventre devenu très prononcé, et en plus des taches rosées lenticulaires apparaissant sur l'abdomen, discrètes et assez nombreuses ; tels étaient les symptômes qui se trouvaient réunis. On remarquait d'ailleurs et non sans surprise, l'aspect presque normal de la langue, seulement rouge à la pointe, l'absence de fuliginosités buccales, de tuméfaction du foie, de stupeur ; l'insignifiance de quelques rales bronchiques, la conservation des forces.

Le 11 juillet, M. le Dr Potain a constaté cet état, plus une légère augmentation du volume de la rate, et recommandé au moins à titre provisoire un traitement convenable à la fièvre typhoïde, n'osant se prononcer entre les deux hypothèses, seules plausibles, et pourtant l'une et l'autre difficiles à admettre.

Quelques jours plus tard il devenait cependant bien évident que cette ébauche de dothiéntenterie dépendait du système nerveux. La malade étant exaspérée par la consultation qui lui avait été imposée, les écarts de température déjà très insolites augmentaient encore avec 42° le soir ; les forces n'étaient pas déprimées ; on avait la notion que cette hyperthermie à laquelle ne résistent guère les typhiques était supportées sans danger immédiat.

Pendant quatre mois encore la fièvre s'est maintenue à peu près au même degré ; les relevés donnent pendant toute cette longue période, en moyenne 38° 5 le matin et 41° 2 comme maximum moyen du soir, par exception 42, 7, 43, 4, et 43, 7 à la suite de vives contrariétés. Les taches ont duré environ 15 jours et le tympanisme n'a disparu que très tardivement.

A la fin de juillet M. le Dr Lancereaux confirmait le diagnostic et pendant le mois d'août M. le Dr André Petit qui avait bien voulu me remplacer près de la malade, m'écrivit qu'elle avait pris l'idée fixe de rejoindre une amie, sur une plage normande où j'étais moi-même. M^{lle} X... séjourne six semaines au bord de la mer. Les accès fébriles peut-être un peu plus courts atteignent le même degré thermique. Mais depuis ce moment, la malade n'a plus son hallucination, ne délire plus, maîtrise son agitation vespérale, sort en voi-

ture et même va par mer au Havre où elle débarque avec 44° survenus bien avant l'heure habituelle sous l'influence de la traversée.

En novembre et décembre, la moyenne du maximum thermique n'est plus que de 39°5 ; l'état général est meilleur ; cependant la diarrhée, l'insomnie, les soubresauts de tendons persistent sans atténuation bien notable. La malade demandant alors que l'œil non opéré et affecté comme l'avait été l'autre, fut aussi traité, quinze nouveaux cathétérismes ont été pratiqués, sans qu'il en soit résulté la moindre recrudescence fébrile, ni le moindre trouble nerveux.

Pendant l'hiver à Rouen, la fièvre a présenté paraît-il des alternatives de rémissions et de recrudescences. Enfin à sa rentrée à Paris, en mai 1892, Mlle X... était définitivement débarrassée de son état fébrile, mais non pas de la diarrhée, de l'insomnie, des soubresauts des avant-bras, qui ont persisté pendant les années 1893 et 1894, malgré un retour apparent à la plénitude de la santé. La malade n'a pas discontinué d'être surveillée de temps à autre ; au mois de novembre dernier, les cathétérismes ont été renouvelés et cette fois encore sans aucun inconvénient consécutif.

Traitement. — Le traitement a été impuissant à enrayer la marche de cette fièvre qui a duré près d'un an et qui pendant 8 mois n'a pas cessé un seul jour. L'effet utile de la quinine, des antithermiques, des bromures, a été nul. L'opium et le chloral n'ont été que nuisibles ; le sulfonal a été d'un emploi très prolongé et toujours avantageux contre l'insomnie. L'action favorable des lotions froides était éphémère ; les bains froids ont été refusés.

Les bains à 35° ramenés rapidement à 28 (la malade n'acceptant pas un degré inférieur), d'une demi-heure de durée, répétés à de courts intervalles se sont montrés un puissant sédatif : chaque bain atténuait la fièvre de deux à trois degrés et faisait disparaître, très momentanément aussi les troubles nerveux.

Nous avons inséré cette observation au milieu des cas de fièvre hystérique à forme pseudo-typhoïde, bien que pour le Dr Duvernet ce ne soit pas une fièvre hystérique, mais seulement une fièvre nerveuse sans symptômes hystériques concomitants. Il se base surtout pour porter ce diagnostic, sur ce fait que sa malade n'avait jamais présenté auparavant aucun symptôme hystérique.

Nous ne partageons pas sa manière de voir, et nous avons mis son observation immédiatement après celle du Dr Hanot, de façon que le lecteur puisse bien voir l'analogie qui existe entre ces deux cas. Sans doute, dans le premier cas il y eut des symptômes hystériques nets, la malade est franchement une hystérique; mais encore ne put-on le dire que lorsque la crise du 5 janvier fut venue démontrer l'existence de la névrose. Et d'ailleurs Briand avait déjà fait remarquer que la fièvre hystérique peut survenir chez des sujets qui n'ont jamais auparavant présenté de signes de la névrose. Dans l'observation de fièvre hystérique évidente que M. le Dr Labadie-Lagrave a bien voulu nous confier et qu'on lira tout à l'heure, il n'y avait pas non plus de symptômes antérieurs, et pourtant le diagnostic fut en quelque sorte forcé quand la fièvre retomba à 37°. Pour nous donc l'observation du Dr Duvernet est bien un cas de fièvre hystérique, cas d'autant plus intéressant que si par bien des côtés il ressemble à l'observation de MM. Hanot et Boix (symptômes typhoïdes, marche de la température); par la durée, il se rapproche des cas du P^r Debove, et d'Estèves.

Il y a néanmoins deux symptômes dans l'observation du Dr Duvernet qui peuvent faire douter de la réalité de la fièvre hystérique. Ce sont les urines rares et fébriles d'une part, l'amaigrissement de l'autre. Il n'y a que cette observation qui nous montre ces deux faits. Toutes les autres sans exception notent les urines abondantes, claires, non fébriles (Hanot et Boix) et l'absence d'amaigrissement. Il est bien regrettable qu'on n'ait pu rechercher la formule d'inversion des phosphates.

Un fait bien intéressant se dégage des observations que l'on vient de lire. Ce fait contenu dans les trois premiers cas : (Briand, Bertoye, Hanot et Boix), est relatif à l'étiologie.

C'est à la suite d'une peur très violente que la malade de M. Rigal commence son cycle fébrile. C'est de même par peur de la dothiéntérie que les malades de Bertoye et de MM. Hanot et Boix entrent dans leur pseudo-fièvre typhoïde.

« On peut se demander pourquoi R... est entrée dans
« l'hystérie active par de la fièvre, et pourquoi cette fièvre
« a d'abord pris les allures d'une dothiéntérie. La réponse
« suivante nous semble au moins plausible : Cette femme
« a vu évoluer à côté d'elle trois fièvres typhoïdes qu'elle
« a soignées.

« Le tableau de cette maladie s'est gravé, d'une façon
« grossière, il est vrai, mais suffisante, et à son insu dans
« son cerveau d'hystérique. Le jour où elle va à l'hôpital
« et voit son mari très gravement malade, elle a peur, se
« demande, inconsciemment sans doute, si elle aussi ne va
« pas être malade comme lui et mourir, et voilà que le jour
« même, elle reproduit en quelques heures certains symp-
« tômes qui l'ont frappé chez son mari, le saignement de
« nez, la céphalalgie avec vertige, la fièvre, la courba-
« ture; quant au ballonnement du ventre, une constipation
« opiniâtre de huit jours l'explique assez » (Hanot et Boix).

Enfin, nous ferons remarquer que dans l'observation de MM. Hanot et Boix, l'examen des urines a été fait au point de vue des échanges nutritifs, et qu'en particulier la formule d'inversion des phosphates se trouve dans toute sa pureté. Malheureusement, on ne peut tirer de ce fait tous les renseignements désirables. En effet, bien que la formule d'inversion existe, la quantité d'acide phosphorique est supérieure à la moyenne (3 g. 126 au lieu de 2,50), bien supérieure par conséquent à la quantité excrétée dans les manifestations hystériques, où cette quantité tombe au dessous de la normale.

Il faut ajouter que l'examen des urines se fit un jour où il n'y avait plus de fièvre.

6) **Pseudo-méningite.** — Malgré nos recherches, il nous a été impossible de trouver des cas de fièvre hystérique simulant la méningite, ayant été publiés depuis la thèse de Chauveau (1888).

Aussi ne reprendrons-nous pas les quelques observations typiques de fièvre hystérique avec pseudo-méningite qui se trouvent dans cette thèse, et nous nous contenterons de donner le résumé de cette forme d'après Boulay.

« Le tableau de la méningite, de la méningite tuberculeuse en particulier est parfois reproduit presque au complet. Rapidement ou après quelques jours de malaise, la température s'élève, atteint 39°, 39°5 ; la céphalalgie est violente, les exacerbations nocturnes de la douleur arrachent des cris au malade qui redoute le bruit et la lumière. Les muscles de la nuque et des membres sont contracturés ; des vomissements muqueux ou verdâtres se font sans effort et se répètent avec ténacité. La raie méningitique, le délire, la constipation, accompagnent cet ensemble de signes indiscutables de méningite.

Seules *les paralysies partielles font défaut*, au moins dans les cas observés jusqu'ici ; mais au bout de quelques jours, la température qui, la veille atteignait 39° à 40°, s'abaisse à 38° et au-dessous, la céphalalgie disparaît, le sujet ouvre les yeux et ne semble plus souffrir. Les vomissements se suspendent ; la guérison se fait brusquement. On ne tarde pas à constater soit de l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle ou de l'anesthésie pharyngée, soit l'apparition de crises d'hystérie convulsive. D'autres fois c'est une paraplégie subite qui disparaîtra plus ou moins rapidement. Les mêmes accidents pseudo-méningitiques pourront se re-

produire chez le même sujet, à échéance plus ou moins lointaines et à plusieurs reprises. (BOULAY) ».

Nous ne relèverons dans ce tableau fait d'après les observations de Chauveau, que la dernière phrase, qui est pour ainsi dire la caractéristique de la fièvre hystérique.

c) **Pseudo-affections graves du poumon.** — Les accidents respiratoires ne sont pas rares dans l'hystérie, la congestion pulmonaire, les hémoptysies d'origine hystérique sont très connues. Le spasme des muscles du larynx et des muscles bronchiques s'observe aussi assez fréquemment. Le spasme des muscles bronchiques, peut produire des accidents analogues à ceux de l'asthme ; les malades ont des accès de dyspnée, ou trouve des râles sibilants dans leur poitrine, le murmure vésiculaire est un peu affaibli, l'expectoration ressemble un peu à de l'eau gommée.

Dans l'observation précitée de Hanot, des troubles de ce genre se montrèrent et disparurent aussi rapidement qu'ils étaient venus.

Outre ces accès d'asthme, d'origine hystérique on décrit encore dans l'hystérie une dyspnée (toujours sans fièvre) caractéristique :

« Nous comptons, dit Charcot, à peu près de 170 à 180 respirations par minute, tout cela se fait silencieusement et sans bruit. La malade ne semble pas anxieuse, bien que les inspirations soient peu profondes : elle ne souffre véritablement pas, et on ne constate chez elle aucune trace de cyanose contrairement à ce qui aurait lieu certainement, s'il y avait véritablement dyspnée avec anoxémie. Il n'y a pas non plus accélération du pouls (60 à 80) par minute. L'auscultation montre d'ailleurs que l'inspiration et l'expiration sont parfaitement libres et à part la fréquence, dénuées de toute anomalie, de telle sorte que la dénomination

tachypnée conviendrait incontestablement beaucoup mieux que celle de dyspnée pour caractériser cette accélération hystérique des mouvements respiratoires (CHARCOT) ».

Fabre rapproche la polypnée hystérique de la tachycardie de même nature et il cite le passage suivant d'Andral : c'est l'histoire d'une femme hystérique dont les accès étaient caractérisés par de violentes palpitations avec teinte bleuâtre des extrémités et aussi par une accélération des mouvements respiratoires qui atteignaient le chiffre de 140 par minute.

Dans ces cas, il n'est pas indiqué de température élevée. L'observation de Fabre est la première où la polypnée soit associée à la fièvre.

Dans les observations que nous venons de passer en revue, et il n'y a que dans l'observation de Barié que l'on note :

« Malgré la persistance de la fièvre pendant trois semaines, la malade n'a présenté aucun trouble appréciable vers les grands appareils ; la respiration est restée normale, sauf parfois une *anhélation assez vive* qui survenait après la crise de nerfs. »

Après l'observation de Fabre que nous croyons devoir reprendre, nous mettrons les observations qui ont paru depuis cette époque, et qui sont toutes d'un grand intérêt, car dans ces cas les troubles pulmonaires étaient inquiétants et devaient faire porter un pronostic des plus réservés.

OBSERVATION XIV. — FABRE, (Th. de Paris, 1888).

La nommée M. Lucie, âgée de 26 ans, domestique entrée le 18 octobre 1888, salle Valleix, dans le service de M. le professeur Brouardel.

Père bien portant. Sa mère a souffert dans sa vie d'attaques convulsives qui semblent se rapporter à l'épilepsie. Deux frères et sœur bien portants,

La malade a été dès son enfance d'une constitution très faible. Régulée pour la première fois entre 13 et 14 ans, ses règles ont disparu peu après pendant deux ans. Son ventre était fréquemment ballonné et douloureux. Il y a 8 ans, elle a reçu un coup dans l'aîne du côté droit, et un an après, elle entra à la Pitié, dans le service de M. Cornil pour de violentes douleurs au même endroit. Peu de temps après, elle allait se faire soigner à Cochin pour un érythème des deux jambes.

Actuellement elle se plaint d'avoir la nuit des cauchemars fréquents ; elle se réveille souvent couverte de sueur : elle avoue que son caractère est difficile, très enporté, elle rit facilement, et elle a souvent des crises de larmes. Elle se plaint d'éprouver quelquefois une sensation de constriction au niveau du cou, et elle décrit le phénomène de la boule hystérique.

Son affection aurait débuté, il y a une quinzaine de jours, par une diarrhée qui dure encore, de fortes douleurs d'estomac, une céphalalgie intense, par des frissons, par des courbatures. Il y a 5 ou 6 jours que la dyspnée a débuté.

A l'examen, on trouve le facies vultueux et coloré, le ventre ballonné et douloureux. Mais on est aussitôt frappé par l'état d'anhélation dans lequel se trouve la malade ; ses mouvements respiratoires atteignent le chiffre de 35 à 40 par minute, ils augmentent encore de nombre, dès que la malade essaye de faire quelque mouvement. Malgré cette dyspnée il n'y a aucun signe d'asphyxie, le facies est rouge et un peu vultueux, mais il n'y a pas de cyanose des lèvres ni des extrémités.

Le poumon et le cœur auscultés avec le plus grand soin, ne sont le siège d'aucun phénomène morbide. Les urines ne contiennent pas d'albumine. Température, soir, 39°.

Devant cette dyspnée inexplicable et à cause des antécédents et des commémoratifs rapportés plus haut, on songe à l'hystérie et on en recherche les stigmates. Pas de contractures, ni de paralysies, pas de zones bien nettes du côté gauche.

Les jours suivants les phénomènes fébriles et respiratoires ont continué sans modification. C'est le soir que la dyspnée est surtout intense. La malade assise sur son lit, parle d'une voix entrecoupée.

Les phénomènes gastriques du début n'ont pas tardé à disparaître, la malade prend avec plaisir du lait et des potages ; elle conserve

toute son intelligence, et malgré une fièvre de 3 semaines, l'état général est bon, la malade ne maigrit pas.

Le 29 octobre, la dyspnée a cessé brusquement, et l'on constate en même temps une défervescence brusque. — Deux jours après, la malade sort, elle ne semble pas avoir été malade.

La température à marche irrégulière avait oscillé pendant ces trois semaines, entre 38° et 40°6, avec des rémissions matinales, quelquefois de 3 degrés.

Toutes ces températures avaient été prises par l'interne ou les externes du service, chaque fois avec plusieurs thermomètres, et en vérifiant chaque fois la température axillaire, par la température vaginale.

OBSERVATION XV. — LORENTZEN. *Centralblatt f. klin. Med.* 1889.
(Résumé in BOULAY, *Op. cit.*)

Il s'agissait d'une jeune femme nerveuse présentant de l'ovaralgie gauche qui eut à la fin de 1888, des hémoptysies abondantes sans signes physiques de tuberculose. Une nuit, elle fut prise de crises dyspnéiques à répétition, d'une durée de quelques secondes à une minute, caractérisées par une série d'inspirations courtes, pénibles avec cyanose du visage et expression d'angoisse. Une vive douleur dans le côté gauche du thorax accompagnait chaque accès. Pendant deux mois les crises se reproduisirent de temps en temps ; elles furent quelquefois suivies d'une rétention d'urine qui exigeait le cathétérisme. Au début de janvier 1889, les hémoptysies reparurent. Le 8 janvier, la température qui avait été normale jusque là s'éleva à 40°5 ; de nouveaux accès dyspnéiques survinrent accompagnés de vomissements, de rétention d'urine, d'hallucinations, de bâillements incoercibles. Dans la nuit du 9 au 10 Lorentzen, appelé auprès de la malade constate lui-même une température de 44°9 dans le rectum ; un autre thermomètre placé dans l'aisselle monte à 44°8. Le pouls était à 144. Les jours suivants l'état reste le même avec une température moins élevée. Mais le 12 janvier le thermomètre qui marquait 44°9 à midi descend une heure plus tard à 37°5, la malade accuse en même temps un sentiment d'amélioration. En quelques jours la guérison se fit sans qu'on ait jamais constaté depuis aucun signe de phtisie.

OBSERVATION XVI. — PUTNAM JACOBI. (*Journal of Nervous and mental Diseases*. — Féb. 1890, Périscope).

Il s'agit d'un homme.

Le malade après une hémoptysie, eut une violente dyspnée, avec cyanose. Il eut plusieurs accès de suffocation dans la nuit. Après l'attaque, il y eut perte de conscience pendant quelques heures avec stupeur et tendance au délire.

Durant les 2 mois suivants, les symptômes se répétèrent sans aucun signe de phtisie. Une fois il y eut rétention d'urine.

La température varia pendant trois jours de 39°4 à 40°. L'après-midi du 4^e jour elle monta à 45°.

Lorentzen qui vit le patient le trouva avec d'autres signes d'inflammation. Délire tranquille, une heure après température à 42°2 ; le soir à 41°4. Le lendemain le thermomètre monta à 45 mais retomba une heure après à 37°5. Les jours suivant il varia de 38°3 à 34°5, puis devint normal. Lorentzen considéra la montée de la température et les troubles respiratoires comme, purement nerveux.

OBSERVATION XVII. — HALE WHITE *London, clin. Soc. in* PUTNAM JACOBI.

Une Jeune fille de 18 ans fut admise à l'hôpital le 10 août pour une fièvre qui dura 4 jours puis disparut.

Le 8 septembre elle fût soudainement prise d'une vive douleur dans le côté gauche et entra à l'hôpital le lendemain.

Elle pouvait à peine marcher et délirait un peu.

Pendant 12 heures la douleur qu'elle ressentait se localisa en 4 points différents : Région iliaque gauche, épigastre, région lombaire, région splénique.

On fit causer la malade pour éloigner son attention et alors on put tout en la distrayant presser considérablement sur le siège de la douleur sans qu'elle s'en aperçut.

La température le premier jour était de 39, 4. Le 10 septembre après un frisson elle monta à 40, 5 pour tomber le soir à 37, 2.

Le 11 à 6 heures du matin elle était de 36, 6, le soir 40.

Le lendemain il n'y eu plus de fièvre.

La malade sortit.

d) **Pseudo-péritonites.** — La première observation de fièvre hystérique simulant la péritonite est l'observation de Bressler (Observ. VI) que nous avons rangé plus haut, comme type de fièvre hystérique pure.

Dans le cas de Bressler on lit :

L'abdomen est très sensible à la pression, de telle sorte qu'il peut rarement supporter le poids des couvertures. Il y a souvent des borborygmes. Cette sensibilité exagérée peut conduire au diagnostic de péritonite si l'on ne prend quelque précaution ; la fièvre hystérique se différencie de la péritonite par le caractère changeant des souffrances, l'absence de tympanisme, les variations de la température. Ajoutez à cela le syndrome hystérique, et la douleur ovarienne et le diagnostic se fera aisément. »

Les cas où la fièvre hystérique emprunte les symptômes de la péritonite doivent être assez rares. — Il n'en a pas été publié dans la littérature médicale française ; le seul cas que nous ayons pu trouver est celui de Mary Putnam Jacobi.

OBSERVATION XVIII. -- M. P. JACOBI *Journal of Nerv. and Mental Descases*. 1890.

L'affection commença le 22 juillet 1889, quand la malade entra à l'hôpital ; mais l'année précédente, l'hiver de 1887-1888, elle avait souffert d'une succession de désordres qu'il faut rapporter tout d'abord.

En décembre 1887, la malade ressentit un point de côté avec fièvre, ce qui fit diagnostiquer par un premier médecin, une pleurésie. Ce diagnostic avait beaucoup alarmé la malade ; comme cependant je ne découvris rien dans la poitrine, je pensai à une pleurodynie. Après ce diagnostic, la douleur disparut rapidement, mais une parésie vésicale qui était déjà venue antérieurement, amena bientôt une paralysie avec incontinence d'urine. On pratiqua le cathétérisme quelque temps, mais finalement ce trouble disparut, à la suite d'un traitement par la strychnine et l'électrisation locale,

Il survint alors une vive douleur dans la région ovarienne gauche, douleur qui s'accompagna de fièvre. La température resta irrégulière toute la semaine atteignant quelquefois 39° 4. Plus souvent n'atteignant que 38° 8. — Un examen médical des organes pelviens ne fit découvrir aucun signe d'inflammation locale, et finalement la maladie disparut. — A ce moment, la malade fut prise d'un violent mal de gorge avec dépôts pultacés, mais non diphtériques. C'était en mars.

Peu après avoir repris ses occupations, cette dame fut reprise de ménorragies, dont on ne put découvrir la cause utérine, et qui furent rapportées à une de ces formes obscures d'irritation fonctionnelle de l'ovaire.

Durant l'été de la même année la malade souffrit d'une paralysie partielle bilatérale des membres inférieurs, occupant surtout les muscles péroniers. Elle était capable de remuer les jambes dans son lit, mais incapable de se tenir debout dans son lit ou de se promener. — Elle y arriva cependant quand on lui eut entouré la jambe de bandes soutenant la cheville et remontant jusqu'aux genoux.

Elle alla alors au bord de la mer, et se porta bien durant deux ou trois mois. Revenue à la ville, assaillie d'ennuis et de chagrins de toutes sortes, ses troubles physiques reparurent.

Ce fut d'abord une rétention d'urine. Des métrorrhagies survinrent ensuite.

Il survint bientôt une amblyopie presque complète. Un oculiste trouva une paralysie simultanée des deux muscles oculaires externes. Il rapporta cette paralysie à une diphtérie qu'elle avait eu 5 ans auparavant. — Je crois peu à cette étiologie, car cette période de 5 ans s'était passée sans troubles oculaires.

Il me semble que la paralysie était de nature hystérique, et analogue à celle des muscles péroniers, qui avait durant une époque, privé la malade de l'usage de ses jambes. — (Ce fut l'opinion du docteur Putnam de Boston). Les troubles oculaires persistèrent tout l'hiver. Deux fois durant ce temps, la malade ressentit une violente douleur dans l'abdomen, qui dura 24 heures, puis perdit rapidement son acuité quand j'affirmai à la malade qu'elle n'avait pas de péritonite.

Une fois, après avoir reçu une lettre émouvante, elle eut du délire et ne put parler pendant 12 heures.

Ce mutisme fut immédiatement suivi d'une intense dysphagie qui disparut par suggestion et un peu d'électrisation locale.

L'été suivant (1889) la santé de la malade fut considérablement compromise.

En juillet, le second jour de sa période menstruelle, elle accompagna une amie dans une excursion à l'île de Bedlœ, et monta les escaliers intérieurs. Le flot menstruel s'arrêta immédiatement et une vive douleur se montra dans la région ovarienne gauche.

Le 22 juillet elle entra à l'hôpital.

Le 23 elle avait une température de 38° 8 et le 24, atteignait 39° 4. La fièvre oscilla entre 39° et 40°, jusqu'au 13 août. Quand après deux jours de température normale le thermomètre remonta à 40°, pour retomber à 37°. La température resta entre 37° et 38° jusqu'au milieu de septembre.

Pendant toute cette période je n'avais pas vu la malade. Son nouveau médecin connaissait très peu son passé, qu'elle cherchait d'ailleurs à cacher. En présence de la fièvre, la douleur abdominale fut rapportée à un foyer de périmétrite, mais il est à remarquer que l'examen gynécologique, fait il est vrai avec précaution à cause de l'acuité des douleurs, ne mit en évidence aucun foyer d'inflammation.

A mon retour au milieu de septembre la malade était à peu près dans le même état qu'au début de l'attaque et tout à fait comme au milieu d'août quand la fièvre était tombée.

Entendant cette histoire et la rapprochant des attaques nombreuses et variées que j'avais antérieurement observé, je me hasardai à exprimer positivement l'opinion qu'il n'y avait jamais eu de processus inflammatoire, que les accidents étaient d'origine nerveuse et avaient leur point de départ dans une irritation ovarienne due à l'arrêt de la menstruation. Il est probable que l'arrêt de la menstruation avait déterminé une congestion de la couche externe de l'ovaire.

La malade fut endormie et un examen gynécologique complet fut fait par moi et le docteur Cushier, avec un résultat absolument négatif.

Nous affirmâmes à la malade qu'elle n'avait pas d'inflammation pelvienne, que cette attaque était de même nature que les précédentes que j'avais antérieurement soigné; qu'elle pouvait sans danger se lever aussitôt qu'il lui plairait, et que quelques séances d'élec-

trisation de l'abdomen, sur le siège de la douleur la dissiperaient rapidement.

Les séances furent faites avec le pôle positif sur la région ovarienne le négatif sur la région lombaire. Chaque application enlevait complètement la douleur pendant quelques heures ; mais il est probable que l'effet moral du diagnostic fut aussi important tellement la malade changea vite d'attitude, et tellement elle put sortir vite du lit où elle était restée couchée plus de deux mois. Une semaine après elle se promenait ; la douleur était complètement disparue au bout de 10 jours.

La température était redevenue normale, à partir du jour où l'on fit l'examen gynécologique sous l'éther.

A propos de cette observation, nous ferons remarquer deux choses seulement.

1^o) Le début de la fièvre a coïncidé avec l'arrêt menstruel.

2^o) L'influence de la suggestion dans la guérison de la maladie.

e) **Pseudo-fièvre paludéenne.** La forme paludéenne de la fièvre hystérique a été bien plus discutée que les formes précédentes.

Elle a été observée par Strack, Mercudo, Lagar, Puccinotti. Ricours de Philippeville a publié une observation assez probante.

L'observation la plus incontestable de fièvre hystérique à forme pseudo-paludéenne, vient du professeur Charcot. Contenue tout au long dans les thèses de Pinard et Fabre, nous la résumerons ainsi d'après Boulay.

OBSERVATION XIX. — Prise par M. CHARCOT dans sa clientèle et donnée comme type de pseudo-fièvre hystérique à type quotidien par H. PINARD.

A la suite de fatigues et chagrins, une dame soignée par le professeur Charcot tombe malade au commencement de 1883 avec inappé-

tence, état gastrique, fièvre légère. Au bout de 3 semaines surviennent des accès de malaise revenant chaque après midi à la même heure. Puis chaque jour ce sont des états fébriles, débutant par un tremblement intense, plus marqué à droite, et un sentiment de froid dans le dos; le pouls bat à 100, 120, la température monte à 38° ou 38° 5 sans dépasser ce chiffre; l'accès dure de deux à six heures et plus. Il n'y a pas de stade de sueur; le sulfate de quinine reste sans action sur ces accès. Or la malade avait eu des attaques d'hystérie convulsive dix ans auparavant. Actuellement elle avait de l'ovarie droite. M. le Professeur Charcot n'hésite pas à en faire une fièvre nerveuse.

L'intermittence des accès ne doit pas nous surprendre, nous savons que certaines hystériques sont remarquables par l'intermittence de leur affection. Leurs attaques peuvent survenir chaque jour à la même heure.

Outre cette observation du professeur Charcot nous ne possédons qu'une observation de Gagey, d'où l'on peut seulement conclure ce fait, que certaines hystériques peuvent présenter les trois phases de l'accès palustre, sans élévation sensible de la température.

Il a été publié récemment une observation que nous allons reproduire *in extenso* à cause de son importance. Pour nous, l'observation de M. Du Coquet est bien un cas de fièvre hystérique simulant une fièvre paludéenne.

OBSERVATION XX. — DU COQUET. (*Soc. de Méd. et de Chirurgie de Bordeaux*, 1893. (In extenso in *Jour. de Méd. de Bord.* 3 sept. 1893).

Il s'agit d'une femme de 28 ans, cuisinière dans un hôpital d'une petite ville de la Gironde et qui fut traitée sans succès pour des fièvres paludéennes, du 7 décembre 1892, au 12 février 1893.

Voici comment débuta l'affection de ma malade. Le 6 décembre au soir, elle se coucha bien portante, mais réglée depuis l'après-midi. Le lendemain à son réveil, on lui remit une dépêche l'appelant en toute hâte, auprès d'une de ses petites nièces qui se mourait à Bor-

deux d'une fluxion de poitrine. L'émotion éprouvée par la malade à ce moment-là fut très vive, ses règles s'arrêtèrent aussitôt et elle éprouva en même temps, une violente céphalée, accompagnée de douleurs épigastriques intensés. Partie pour Bordeaux, elle arriva au moment où sa nièce rendait le dernier le soupir. Depuis lors les douleurs stomacales ne firent que s'accroître et s'accompagnèrent de vomissements que rien ne pouvait arrêter et qui l'obligèrent à repartir précipitamment.

De retour dans sa petite ville, elle fut prise de fièvres intenses, revenant régulièrement vers 5 heures du soir, et s'accompagnant des trois stades classiques de la fièvre paludéenne, frisson, chaleur, sueur, les accès revinrent d'abord tous les deux jours, (fièvre tierce), puis tous les trois jours, (fièvre quarte), et cela avec une régularité parfaite pendant près de trois mois, malgré l'administration de fortes doses de quinine.

Une fois l'accès passé la malade finissait par s'endormir, mais d'un sommeil très agité ; elle parlait tout haut, rêvait constamment qu'elle soignait sa petite nièce et que son cercueil était près de son lit.

Au réveil, la céphalée et les vomissements revenaient avec une ténacité désespérante mettant la malade dans un état de faiblesse extrême. Cet état de choses dura jusqu'au 12 février, ou de guerre lasse, elle se décida à venir à Bordeaux, sur les conseils de son médecin qui avait ordonné le changement d'air. C'est alors que je vis cette femme pour la première fois et l'examen que j'en fis, me donna immédiatement l'idée que j'étais en présence de troubles névropathiques. Toutefois avant de commencer le traitement je m'assurai que la malade avait véritablement de la fièvre aux jours et heures indiqués, et j'administrai jusqu'à deux grammes de sulfate de quinine par jour pour me convaincre de l'inefficacité d'un pareil traitement, je dois ajouter que même en plein accès fébrile, je n'ai jamais pu délimiter la rate par percussion.

Le diagnostic de l'hystérie me paraissant à peu près certain, je m'informai des antécédents de ma malade, et recherchai chez elle les stigmates de la névrose.

Les antécédents héréditaires sont muets à cet égard. Son père est mort à 63 ans de tuberculose, il n'était ni nerveux ni alcoolique. Sa mère est morte très jeune, de suites de couches, la malade l'a peu connue.

Quant à elle, elle a toujours eu une excellente santé, jusqu'à ces derniers temps. Depuis l'âge de quinze ans, elle a toujours été réglée à époque fixe, pas de rhumatismes, pas de syphilis, pas d'alcoolisme, ni d'impaludisme antérieur. Elle n'a jamais eu de crises de nerfs et paraît plutôt apathique qu'hyperexcitable. Mais un fait important à signaler, c'est qu'elle parle constamment la nuit en dormant, Pas de noctambulisme.

Il y a trois ans, elle fut traitée à Bordeaux pour un polype nasopharyngien, et eut quelques phénomènes de fièvre et d'agitation nocturne, rappelant ceux qu'elle présente aujourd'hui.

Actuellement cette femme est considérablement amaigrie, par suite de l'inanition due aux vomissements, mais elle ne présente nullement cette anémie profonde et rapide produite par l'impaludisme et son teint n'est pas terreux.

Comme stigmates de l'hystérie j'ai trouvé chez elle la voûte palatine en ogive avec abolition du réflexe pharyngien, de la soudure du lobule de l'oreille, mais sans malformation du pavillon, un point douloureux sous chaque sein, un autre au niveau de l'ovaire gauche. Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de troubles de la sensibilité. J'ai essayé sans succès d'endormir la malade, elle se prête difficilement à l'expérience, mais je la crois cependant hypnotisable.

Ainsi fixé sur le diagnostic, basé sur l'examen de la malade, sur ses antécédents, sur le mode de début et l'heure d'apparition de ses accès fébriles (cinq heures du soir), j'ai institué le traitement suivant qui est venu confirmer mon diagnostic d'hystérie : Bromure de potassium pour le jour, et pilules de « *mica panis* » pour le soir, une demi-heure avant l'accès fébrile, avec recommandation formelle de ne pas dépasser trois pilules et de cesser même après la première s'il survenait de la constriction à la gorge et des fourmillements dans les jambes. Or, mes pilules de mie de pain agirent si bien que le lendemain on me mandait en toute hâte pour calmer les picotements que ma malade éprouvait dans les membres inférieurs. — J'ai diminué la quantité de pilules, augmenté la dose de bromure, en recommandant à la malade de faire le plus d'exercice possible en même temps que je lui assurai avec conviction qu'elle guérirait bientôt de ses fièvres.

Actuellement, elle est en pleine voie de guérison, les vomissements ont disparu, et la fièvre n'a plus aucun caractère pathogno-

monique. Elle revient de loin en loin, mais les trois stades déjà mentionnés font complètement défaut. Quelques douches que la malade va prendre complèteront heureusement la médication instituée.

Cette observation nous paraît démontrer préremptoirement l'existence d'une fièvre hystérique simulant la fièvre paludéenne avec ses trois stades; il est seulement bien regrettable que pas une seule température ne soit notée, ce qui aurait beaucoup ajouté à la valeur du cas observé par M. Du Coquet.

Nous remarquons encore deux faits intéressants dans cette observation. Le premier déjà noté dans plusieurs cas, la fièvre a débuté en même temps que l'arrêt des règles. Le second, est relatif à l'influence de la suggestion, influence qui paraît encore plus nette dans ce cas que dans les précédents.

Maintenant que nous avons rangé, sous des dénominations diverses, les cas de fièvre hystérique vraie, qui ont été publiés depuis les dernières thèses parues sur ce sujet, il nous reste à discuter deux observations, dont l'une appartient à M. le D^r Labadie-Lagrave, dont l'autre nous est personnelle.

Comme nous l'avons dit en débutant, nous n'avons pas voulu placer ces deux observations à côté de celles auxquelles elles paraissent ressembler, afin, d'une part, de les mieux mettre en lumière, et pour montrer d'autre part qu'un symptôme prédominant, base de la classification que nous avons dû suivre, est insuffisant à lui seul pour caractériser une forme, et qu'il est encore trop tôt pour songer à établir les formes de la fièvre hystérique.

Nous commencerons par l'observation que M. le D^r Labadie-Lagrave a bien voulu nous confier.

OBSERVATION XXI. — LABADIE-LAGRAVE. (Recueillie par M. GRINER interne du service).

La nommée B..., âgée de 18 ans.

Antécédents héréditaires: Père et mère bien portants n'ayant jamais présenté de manifestations nerveuses. Une sœur également en bonne santé.

Antécédents personnels: N'a jamais fait de maladie. A toujours été d'un caractère très calme, pas de crises nerveuses, néanmoins, elle paraît avoir toujours été un peu impressionnable. A toujours été bien réglée.

Elle se présente à l'infirmerie de la Maternité le 22 novembre (1894), se plaignant de lassitude, et d'un violent point de côté à gauche.

La malade est grande, d'apparence robuste, elle paraît un peu pâle, abattue. Peau légèrement chaude. Pouls à 80. Elle est admise à l'infirmerie à 2 heures de l'après-midi.

A 7 heures du soir, en prenant la température, on constate une ascension extraordinaire du thermomètre, 44°. Quatre thermomètres essayés successivement, marquent exactement la même température.

La malade examinée à ce moment paraît tout à fait calme; pas de délire; elle répond avec une lucidité complète à toutes les questions. A la palpation, la chaleur de la peau paraît un peu augmentée, mais n'est pas proportionnée à la température observée.

Le thermomètre placé dans les deux aisselles marque exactement la même température.

La malade qui avait eu une sensation de froid très vive, sans qu'il y eut un vrai frisson, vers 4 heures de l'après-midi, se plaignait d'une vive douleur au niveau de la partie supérieure de la nuque. Cette douleur est augmentée par la pression, mais ni la vue, ni la palpation ne révèlent rien d'anormal.

Pas de dyspnée, 44 respirations à la minute. L'examen de la poitrine est absolument négatif.

Pouls, 68. Rien au cœur.

La langue est légèrement saburrale, humide, la soif est assez vive; le ventre est un peu ballonné. Il n'est pas douloureux à la pression, si ce n'est dans les régions ovariennes droite et gauche où la palpation réveille une douleur peu intense.

Ni constipation ni diarrhée.

Rien à la gorge.

La malade *urine abondamment*. Les urines sont très claires et ne contiennent pas d'albumine.

A 8 heures du soir, à 10 heures du soir même température. Outre la douleur à la nuque, la malade se plaint d'une douleur au niveau du sein gauche, douleur qu'elle compare à une vive brûlure. Par suite de cette douleur, que la malade accuse être très vive, elle s'agite, et se tord par moments dans son lit, il n'y a pas de délire.

On observe de temps à autre, et à intervalles très irréguliers, des pauses respiratoires suivies de mouvements respiratoires plus fréquents. La peau est sèche, brûlante. Pas de sueurs, les mains sont très rouges.

A 11 heures du soir, la température est toujours de 44°. Le pouls à 60. La respiration à 44.

La malade qui ne se plaint quand elle est étendue, que de son point de côté, accuse des nausées et un violent mal au cœur aussitôt qu'on essaye de l'asseoir.

A 1 heure du matin (23 nov.) T. 44°6 ; la malade se plaint moins ; elle s'assoupit et dort tranquillement pendant 4 heures, couchée sur le côté dont elle s'était plaint dans la journée. La respiration est absolument calme.

A 6 heures du matin, 43°2.

A 7 heures du matin 39°6. Le pouls est à 66. Elle se plaint seulement de ressentir des battements dans la tête. Elle urine abondamment, et peu après, apparition des règles. (C'était à peu près l'époque de leur apparition normale).

A 11 heures du matin, 41°1. Pouls à 64. On donne seulement une potion au bromure de sodium.

A partir de 11 heures, on prend régulièrement sa température d'heure en heure, son pouls et sa respiration.

	HEURE	TEMPÉRATURE	RESPIRATION	POULS
22 novembre				
Soir	7 h.	44	44	80
	8	44	—	—
	10	44	—	—
	11	44	44	68
23 novembre				
Matin	1	41.6	—	—

	HEURE	TEMPÉRATURE	RESPIRATION	POULS
Matin	6	43.2	44	68
	7	39.6	—	66
	11	41.1	—	64
	12	40.2	42	62
Soir	1	38.9	42	64
	2 1/2	37.4	22	54
	3 1/2	37.3	28	62
	4 1/2	37	26	60
	5 1/2	38.4	28	62
	6 1/2	38.8	26	64
	7 1/2	38.8	26	66
	9	39.6	34	60
24 novembre	minuit	36	28	58
Matin	10	36.5	20	50
Soir	1	36.6	30	70
	4	36.8	36	66
	6	37	26	78
	10	37	32	66
	minuit	37.8	40	66

Le lendemain 25 novembre, T. 37°, P. 56. La malade se sent tout à fait bien. Plus de douleur; elle se lève. En l'interrogeant on apprend que la veille du jour où elle a présenté cette haute température, elle avait eu une petite contrariété.

Le 26 novembre, elle reprenait ses occupations.

Environ 15 jours après, elle se représenta de nouveau à l'infirmierie. A la suite d'une petite contrariété du même genre que celle qui avait déterminé la crise fébrile du 22 novembre, elle se sentit malaise, courbaturée; mais pendant les 2 ou 3 jours qu'elle resta à l'infirmierie, elle n'eut pas un seul moment, d'élévation de la température.

Le cas observé par M. le Dr Labadie-Lagrave est intéressant à plus d'un titre.

Au point de vue de l'étiologie, nous trouvons noté cette contrariété, bien peu importante, il est vrai, mais qui a néanmoins marqué le début de cette poussée fébrile.

Au point de vue des symptômes généraux, la fièvre est

remarquable par son début brusque, son intensité, la défervescence aussi rapide que l'ascension. Cette ascension brusque, cette chute, nous les avons donné comme symptômes de la fièvre hystérique pure, existant dans toutes les observations qui ont précédé.

L'intensité de la fièvre, a atteint un chiffre très élevé, chiffre qui n'est dépassé que dans les observations de Drummond Lorentzen, et dans le cas de Teale.

Un symptôme nouveau et important, est le peu de durée de la fièvre. C'est en effet le cas le plus « *bref* » pour employer l'expression de Briand, qu'il nous ait été donné de rencontrer. Dans le cas de Hale White (obs. XVII) qui était jusqu'à présent le plus court qui ait été publié, la fièvre avait persisté pendant trois jours. Ce fait nous montre une fois de plus que la forme brève et la forme lente, sont insuffisantes à embrasser tous les cas de la fièvre hystérique et que sa durée peut varier de un jour à plusieurs mois.

Nous avons vu dans les observations précédentes l'arrêt de la menstruation, marquer le début du cycle fébrile. Ici au contraire, nous noterons comme fait important que la chute de la température a coïncidé avec l'apparition des règles.

« Généralement, dit M. Gilles de la Tourette, dans la fièvre « hystérique comme dans les autres pyrexies, le pouls « marche de pair avec la température, mais il n'en est pas « toujours ainsi ».

Dans cette observation, en effet, comme dans celle qui suivra, nous trouvons une dissociation complète du pouls et de la température. Ce phénomène qui se trouve dans quelques-unes des observations qui précèdent avait déjà été remarqué par R. Vizioli.

Il n'a pas été noté d'amaigrissement, la durée du cycle fébrile ayant été trop courte pour cela. Nous ferons seule-

ment remarquer que malgré une température de 44°, la malade avait repris le surlendemain ses occupations.

L'examen des urines au point de vue de la nutrition n'a pas été fait ; mais la malade *urine abondamment* dit l'observation, ce qui, avec en température de 44° est absolument caractéristique.

Jusqu'ici, nous venons de passer une revue, des symptômes qui font de ce cas, une fièvre hystérique pure, de durée très courte, se rapprochant du cas de Lombroso, Briand. Et pourtant ce cas, se serait aussi bien rangé parmi les observations de fièvre hystérique avec pseudo-affection grave du poumon, le point de côté qui avait apparu en même temps que la fièvre et qui n'était qu'une zone d'hyperesthésie, comme dans le cas de Putnam Jacobi, avait, par son intensité, fait songer à un début de pneumonie grave, dont on ne trouvait d'ailleurs aucun autre signe. C'est M. Labadie-Lagrave qui, se basant simplement sur l'intensité de la température, porta dès le premier jour le diagnostic de fièvre nerveuse et se contenta d'instituer un traitement bromuré.

OBSERVATION XXII. — (Personnelle.).

B., (Marie), 20 ans.

Antécédents héréditaires : Père : Nuls. Mère : La malade la dit très nerveuse et elle paraît avoir eu des crises de nerfs. Une sœur bien portante.

Antécédents personnels : La malade a eu une fièvre muqueuse à 8 ans. 8 mois après, une légère bronchite. Pas de rougeole. Pas de coqueluche, pas de rhumatisme. — Réglée à 12 ans.

A 14 ans, elle eut pour la première fois des crises nerveuses, assez fréquentes et assez violentes ; ces crises survenaient à l'occasion de la moindre contrariété.

A 16 ans, dans une société où on se livrait à l'hypnotisme, elle sa laissa endormir. Il fut assez difficile, paraît-il, d'y arriver. Elle

ne peut donner aucun renseignement sur ce qu'elle éprouva après cette première séance. Elle ne se souvient pas d'avoir été particulièrement fatiguée.

Depuis cette époque, les crises nerveuses sont revenues plus fréquemment ; elles sont plus violentes qu'auparavant, et surtout laissent la malade dans un état de stupeur et d'abattement assez considérable.

A 48 ans elle se laisse hynoptiser pour la seconde fois, et depuis cette époque se livre volontiers à toute expérience. Elle est assez fatiguée à la suite de ces exercices, moins néanmoins dit-elle, qu'elle ne l'est après une crise de nerfs venue à la suite d'une émotion ou d'une contrariété. Son état général est très bon. Réglée très régulièrement et sans douleur. Elle n'a pas quitté Alger. Pas de paludisme.

Maladie actuelle. — Elle était très bien portante, quand le 24 mars à la suite de chagrins domestiques, elle éprouva une vive contrariété. Elle eut une crise de nerfs d'une durée assez courte. A la suite de cette petite crise, il survint un violent mal de tête qui, ainsi qu'elle l'avait observé après les crises précédentes dura pendant trois ou quatre jours sans qu'elle y fit autrement attention. C'était une douleur vague disparaissant à certains moments de la journée, pour revenir à d'autres et ne l'empêchant nullement de vaquer à ses occupations. Aussi elle ne s'en préoccupa point.

Le 24 mars, soit 3 jours après, la céphalalgie qui avait été à peine sensible dans la matinée, revint beaucoup plus forte, l'après-midi. La malade ne se sentit pas la force de sortir et resta chez elle.

Le 25 mars, après une nuit de sommeil elle se réveille sans céphalalgie et vaque à ses occupations. Dans la soirée, abattement, fatigue. Elle éprouve une sensation de chaleur très intense. Pas de frisson.

Elle fit prendre sa température qui nous dit-elle ensuite était de 40°.

Le 26, elle ne se lève pas ; dans la matinée elle est prise de vomissements abondants, jaunes, pénibles et douloureux. La céphalalgie est violente, surtout au niveau de la nuque et sur les côtés, constipation, lipothymies.

Le 27, la malade ne vomit que deux fois dans la journée. Pas d'abattement. La température est de 40°. Constipation. Quinine 0.50.

Le 28, la céphalalgie et la constipation continuent. Il n'y a pas

de vomissements. La malade entre à l'hôpital, T. 39°5. Quinine 0,50.

Le 29 mars. Examen de la malade.

A notre arrivée le matin, la température est de 39°8 ;

Ce qui nous frappe tout d'abord quand nous approchons du lit, c'est le type respiratoire. La respiration est régulière, courte, non anxieuse, mais très augmentée comme nombre. R. 54. Les yeux sont extrêmement brillants et la malade répond sans aucune difficulté à toutes nos questions.

Nous pratiquons tout d'abord l'auscultation de la poitrine et ne trouvons absolument rien. Quelques heures plus tard, M. le professeur Merz, notre chef de service au cours de sa visite, après un examen minutieux de la poitrine, déclare ne rien trouver.

Au cœur, rien. Pouls à 68.

Du côté du tube digestif, la langue est un peu sale, pas de vomissements depuis deux jours. Ventre flasque, peu sensible sauf au niveau des régions ovariennes où il existe une douleur assez sensible ; pas de gargouillements dans la fosse iliaque ; constipation durant depuis 4 jours.

L'appétit qui malgré les vomissements n'avait jamais complètement disparu, est peu développé, néanmoins la malade mangerait assez volontiers.

L'examen du bassin pratiqué par M. le professeur Merz ne donne aucun renseignement. Utérus petit, non adhérent, indolore. Rien dans les culs-de-sac, pas de vaginite.

Les symptômes généraux sont aussi fort peu développés ; pas de céphalalgie, pas de stupeur, parole très nette. Le sommeil a été très bon et il n'y a pas eu de délire.

En somme, ce premier jour il n'y a que deux symptômes, la fièvre et la dyspnée.

Du côté des membres inférieurs, on note les phénomènes suivants.

Membre inférieur gauche. — La sensibilité y est presque complètement abolie. Cette anesthésie totale remonte plus haut que la racine du membre inférieur. L'hypochondre gauche, et la partie inférieure du thorax présentent les mêmes troubles de la sensibilité. La sensibilité n'est pas dissociée ;

Membre inférieur droit. — Il n'y a qu'une diminution légère de la sensibilité de ce côté. Pas de dissociation.

Membres supérieurs. — La sensibilité y est intacte.

Face. — Indemne. Le réflexe cornéen est conservé. Le réflexe pharyngien est aboli.

Couleurs intactes.

Champ visuel. — L'examen ne nous a pas donné de résultat précis. Nous pensons qu'il n'est pas diminué.

Nous avons dit que les deux régions ovariennes étaient assez sensibles. La pression déterminait de la douleur, mais pas de crises.

Troubles moteurs. — La malade se lève facilement et marche sans aide dans la chambre ; mais les yeux fermés elle ne peut pas se tenir debout.

Traitement : purgatif léger, quinine, soir. La journée a été bonne ; la dyspnée a légèrement diminué (R — 48), mais la température a atteint le chiffre de 40°5.

30 Mars. La nuit a été bonne, 5 heures de sommeil ininterrompu pas de délire.

Le matin T. 39.4 — Même état général.

La dyspnée a presque complètement disparu depuis la veille au soir. R. 20, le pouls atteint 92.

La céphalalgie est bien diminuée. Il est survenu du bourdonnement d'oreille que l'on impute à la quinine.

Membres. Alors que la veille l'anesthésie était presque absolue à gauche et seulement diminuée à droite, on constate qu'il y a eu transposition.

Le côté gauche a presque repris sa sensibilité normale sauf, pour le tact que la malade ne perçoit pas, du cou de pied au genou gauche.

Le côté droit par contre a perdu la sensibilité qu'il avait la veille. — La sensibilité à la douleur et au tact est fort amoindrie de ce côté, la sensibilité au froid y est totalement abolie.

Les autres signes, réflexes, etc., sont les mêmes que la veille.

La quantité d'urine émise depuis la veille est de 1050 grammes. C'est une urine jaune paille absolument normale (voir plus loin l'analyse).

Interrogée au sujet des quantités d'urine qu'elle émettait, alors qu'elle était encore en traitement chez elle, la malade nous répond n'avoir rien remarqué d'anormal de ce côté. Les urines, ont toujours été jaunes et assez abondantes.

Traitement : Antipyrine. Lait et bouillon, bien que la malade demande à manger.

Soir. La journée s'est passée sans incidents d'aucune sorte. — Une

selle. A 6 heures la dyspnée revient de nouveau et à 9 heures du soir la malade a 60 inspirations par minute.

T. 39°8 — R. 60 — P. 82.

L'examen du sang pratiqué alors que le thermomètre marquait 39° n'a pas fait voir d'hématozoaires du paludisme. Pendant la nuit, sommeil très calme.

Le matin T. 39.8 — R. 32 — P. 83. La céphalalgie a disparu. Il n'y a pas de bourdonnements d'oreille. — La langue est propre. On ne trouve aucun changement dans la distribution de l'anesthésie qui prédomine toujours du côté droit.

Quantité d'urine. 1000 grammes. Appétit assez prononcé. On donne un peu à manger à la malade. Antipyrine.

1 Avril. Pendant les 5 premiers jours d'avril, la température reste matin et soir au-dessus de 39°. Les inspirations ne dépassent pas 24 par minute. Le pouls oscille de 72 à 80. La malade continue à prendre de l'antipyrine et de la quinine, à faibles doses.

Le 6 avril, le seul symptôme noté est un retour appréciable de la sensibilité sur tout le côté droit du corps.

6 avril. Dans la nuit du 5 au 6, la malade a un vomissement alimentaire, suivi de sueurs assez abondantes.

L'examen de la sensibilité pratiqué le lendemain matin, donne les résultats suivants :

La sensibilité du côté droit est égale à celle du côté gauche, c'est-à-dire seulement diminuée. Il n'existe plus de plaques d'anesthésie absolue. Les régions ovariennes sont toujours un peu douloureuses. Pas de plaques d'hyperesthésie. La sensibilité au tact est moins développée sur les membres inférieurs, que partout ailleurs.

Le 7, il n'y a plus de fièvre, la malade demande à sortir. Elle va chez elle à pied, sans paraître aucunement fatiguée.

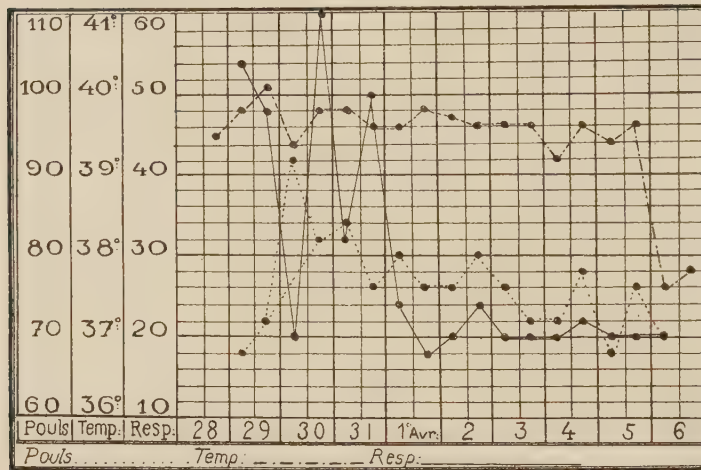
Poids à l'entrée 61 kilog.

Poids à la sortie 61 kilog.

L'examen des urines pratiqué le 30 mars par notre collaborateur et ami M. Argenson, licencié es-sciences et chargé des analyses chimiques du laboratoire de M. le professeur Gros a donné les résultats suivants :

Urine du 30 mars

Volume.....	1.050
Réaction.....	acide
Densité.....	1.018
Résidu fixe.....	36.20
Urée.....	16.30
Acide phosphrique total.....	1.40
Acide phosphorique uni aux sels alcalins.....	0.90
Acide phosphorique uni aux sels terreux.....	0.50



Cette observation nous paraît être un type de fièvre hystérique, dont elle présente d'ailleurs tous les caractères. La forme dont elle se rapproche le plus est la forme brève de Briand ; ce n'est pas un cas de fièvre hystérique à forme pure, car le diagnostic d'embarras gastrique fut porté dès le début ; le diagnostic devint plus aisé par la suite ; il était plus facile dans ce cas que dans les précédents à cause des symptômes d'hystérie que présentait la malade.

Nous ne discuterons point les différents symptômes que présenta notre malade car ce serait répéter inutilement ce

que nous avons dit plusieurs fois au cours de cette thèse, et nous nous contenterons d'appeler l'attention sur l'examen des urines qui fut fait complètement.

Déjà dans le cas de MM. Hanot et Boix, l'analyse des urines avait été faite, et la formule d'inversion des phosphates fut trouvée dans toute sa pureté. Malheureusement, l'examen avait été pratiqué alors que la fièvre avait disparu, aussi est-il peu étonnant que la quantité d'acide phosphorique total, ait été de beaucoup supérieure, à ce qu'elle est dans les crises d'hystérie; et les auteurs ajoutent : « Nous
« ne pouvons dans ce cas, juger sainement de la valeur
« diagnostique de ce signe et nous ne donnons ces chiffres
« qu'à titre de renseignements, sans vouloir en faire un
« argument en faveur de la nature hystérique de cette
« fièvre. »

Depuis cette époque, les auteurs qui ont publié des cas de fièvre hystérique, les auteurs italiens en particulier ont donné l'analyse des urines de leurs malades; Sciammana, Sacchi, Sarbo, ont publié des cas qui, pour Gilles de la Tourette, sont douteux.

Raf. Vizioli a publié un cas de fièvre hystérique. L'examen des urines donna le résultat suivant.

On constata qu'avec l'abaissement du taux du résidu fixe des urines, les phosphates terreux et alcalins étaient en proportions égales, c'est-à-dire qu'il y avait inversion de leur formule normale, et Raf. Vizioli ajoute : « En sorte que l'examen
« des urines, dans les cas de fièvre dont la nature n'est
« pas reconnue, est d'une importance décisive, parce qu'on
« a dans le faible taux des principes solides un bon crité-
« rium pour établir nettement le diagnostic. Cet examen
« est extrêmement important pour différencier les convul-
« sions hystériques des accès d'épilepsie, spécialement
« dans les cas de simulation.

Santagelo-Spoto a publié une observation que l'on trouvera résumée dans l'ouvrage de Gilles de la Tourette. L'examen des urines fait complètement donna les résultats suivants :

(Il s'agit d'une femme qui eût à la suite d'une période convulsive avec attaques d'hystérie, une période fébrile qui dura un peu plus d'un mois).

« Etat de mal, à savoir les jours où il n'y eut pas d'attaques convulsives, et où la température resta normale.

Poids spécifique	1.028
Volume	1.050
Résidu fixe	42.50
Urée	20.50
Acides phosphoriques terreux	0.50
Acides phosphoriques alcalins	1.50
Rapport	42 : 100

« Etat de mal, à savoir les 5 jours pendant lesquels il y eut le plus grand nombre d'attaques convulsives.

Poids spécifique	10.42
Volume	17.50
Résidu fixe	32.60
Urée	13.07
Acides phosphoriques terreux	0.65
Acides phosphoriques alcalins	0.78
Rapport	70 : 100

« Etat fébrile, à savoir les 5 jours où la température fut
« la plus élevée.

Poids spécifique	1.008
Volume	2.000
Résidu fixe	36 g. 80
Urée	12 g. 10
Acides phosphoriques terreux	0.60
Alcalins	0.95
Rapport	70 : 100

« C'est la formule chimique de l'attaqué dans toute sa
« pureté, chute du résidu fixe, de l'urée, des phosphates,
« avec inversion de la formule de ces derniers. »

Ces tableaux que nous empruntons à l'ouvrage de Gilles de la Tourette viennent confirmer les vues de cet auteur, pour qui la fièvre hystérique n'est qu'un équivalent chimique de l'attaque. Pour lui en effet, l'inversion de la formule des phosphates est caractéristique de la crise hystérique.

Or dans l'observation qui nous est personnelle, l'examen des urines montre une diminution du résidu fixe, une diminution de l'urée, et enfin une diminution de l'acide phosphorique total, s'accompagnant de l'inversion de la formule des phosphates.

C'est bien la caractéristique chimique de l'attaque telle qu'elle résulte des recherches de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau, aussi pensons-nous que l'examen des urines rendra de grands services pour le diagnostic, étant donné le peu de certitude que l'on tire d'une symptomatologie qui varie pour chaque cas en particulier.

CONCLUSIONS

I. La réalité de la fièvre hystérique est indiscutable.

II. La fièvre hystérique varie trop dans sa physionomie clinique, dans sa durée, pour qu'il soit possible d'en décrire des formes cliniques définies.

III. Les classifications basées sur ces formes sont prématurées.

IV. L'hyperthermie ou fièvre hystérique représente l'équivalent thermique de l'état de mal hystérique.

La fièvre hystérique, à l'inverse de ce qui existe pour les « *hyperthermies cum materia* », se juge par l'abaissement du résidu fixe de l'urée, c'est-à-dire par la formule chimique de l'attaque.

Vu par le Doyen :

BROUARDEL

Vu par le président de la thèse.

Mathias DUVAL

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AFFLECK. — Hysterica pyrexia, (*Edinb. Med. Journ.* août, 1892, p. 105). An. in *Sem. Méd.* 1892, p. 410.
- AXENFELD ET HUCHARD. — *Traité des Névroses.*
- BARIÉ. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 23 avril 1886.
- BERTOYE. — Th. de Lyon. Avril 1888.
- BRIAND. — *De la fièvre hystérique.* Th. Paris, 1877.
— *Fièvre Hyst. Gaz. Hebd.*, 1884.
- BOULAY. — *De la fièvre hystérique.* Rev. Gén. in *Gaz. d. Hôp.*, 27 décembre 1890.
- BRESSLER (F). — Hysterical fever. *The N. Y. Med. Rec.*, Avril 1888. page 466.
- BRIQUET. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859.
- CHANTEMESSE. — *Etude sur la méningite tub. chez l'adulte.* Th. Paris, 1884.
- CHAUVEAU. — *Formes cliniques et pathogénie de la f. hystérique.* Th. Paris, 1888.
- CLEMON. — A Case of hysterical hyperpyrexia. *Brit. Med. Journ.*, 3 déc. 1887. (Traduit in extenso in th. CHAUVEAU).
- DEBOVE. — *De la fièvre hystérique.* *Soc. Méd. des Hôp.*, 25 février, 1885, et 23 avril 1886.
- DELEUIL. — *De la fièvre hystérique.* Th. Montpellier, 1887.
- DRUMMOND. — Hysterical Pyrexia. *The Brit. Med. Journal*, 22 décembre 1888, p. 1397.
- DUVERNET. — *France Médicale*, avril 1895.
- DU COQUET. — *Fièvre intermittente d'origine hystérique.* *Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, in ext. in *Journal de Méd. de Bordeaux*, 3 septembre 1893.
- ESTEVES. — *Fièvre hystérique.* *Nouv. Icon. de la Salp.*
- FABRE. — *Fièvre hystérique.* Th. Paris, 1888, 1892.
- GAGEY. — Th. Paris, 1869.
- G. DE LA TOURETTE. — *Traité de l'Hystérie*, Paris, 1895.

- GRISOLLE. — *Traité de Pathologie interne.*
HALE WHITE. — *The Lancet*, 20 février 1886.
HANOT ET BOIX. — Sur un cas de fièvre hystérique. *Soc. Méd. Hép.*, 28 avril 1893.
LOMBROSO. — Congrès de Rome 1894. An in *Rev. Neur.* 15 mai 1894.
LORENTZEN. — *Centralblatt f. klin. Med.*, 1889.
MACÉ. — *Des accidents pseudo-méningitiques des hystériques.* Th. Paris, 1888.
MARYPUTNAM JACOBI. — Hysterical fever. *The Journ. of Nerv. and Ment. diseases*, 1890.
MIERZEJEWSKI. — *Soc. psychiatrique de Saint-Petersbourg*, mai 1890.
MOLLIERRE (H). — *Gaz. Méd. de Lyon* 1868.
MOSCATO. — Febris isterica. *Sicilia Medica.* Anno 2, fascicule VI.
POMME. — *Traité des affections vaporeuses*, 1883.
PINARD (H). — Th. Paris, 1883.
PUCCI. — *Gaz. degli. osped.* n° 91, 1891.
RICOUX. — *Gaz. hebd.*, 1883.
SANTAGELO SPOTO. — Febbre hysterica come equivalente termico dell'accesso *Gaz. degli. osped.* n° 18, 18 février 1894.
SACCHI. — *Revist. gen. ital. di clinica Med.* n°s 6, 7, 1891.
SURBO. — *Arch. f. Psychiatrie* XXIII, Bd. 1891.
STEPHAN. — Febr. Ist. *Nederl. Tidsh. v. genask.* 28 février 1891.
VERETTE. — *De l'hystérie aiguë*, Th. Paris, 1875.
VIZIOLI (R). — *Annali di Neur.* fasc. V et VI, 1891.

